

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: **Specializace ve zdravotnictví**

Studijní obor: **Adiktologie**



Adéla Sovová

**Vnímání vlastní zkušenosti se zanecháním kouření ve vztahu k léčbě  
primární závislosti: kvalitativní výzkum mezi klienty terapeutických  
komunit**

Perception of personal experience with smoking cessation in relationship to  
the therapy of primary addiction: qualitative reseach among clients of  
therapeutic communities

**Bakalářská práce**

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Josef Radimecký, Ph.D.

PRAHA

2016

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji týmům Terapeutické komunity Sananim Karlov a Terapeutické komunity White Light I. za jejich vstřícnost a umožnění výzkumu mezi klienty. Dále děkuji všem klientům – respondentům, kteří byli tak laskaví, že se mnou sdíleli svoje zkušenosti a postoje a umožnili, aby tato práce mohla vzniknout.

Děkuji svému vedoucímu práce PhDr. Josefu Radimeckému, Ph.D. jak za jeho ochotu vést tuto bakalářskou práci, tak za jeho doporučení a rady.

V neposlední řadě děkuji své rodině a přátelům za podporu a pomoc jak v době studia, tak v době psaní této práce, jmenovitě pak Markétě Durchanové za překlad anglické verze abstraktu a Mgr. Janu Kubíčkovi za korekturu textu.

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

Obsah práce vychází z vlastního kvalitativního výzkumu, který probíhal s informovaným souhlasem zúčastněných respondentů a dle etických zásad studenta adiktologie, všechny údaje, podle kterých by bylo možné klienty identifikovat, jsem pozměnila.

V Praze, 13. 7. 2016

Adéla Sovová

## IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM

SOVOVÁ, Adéla. *Vnímání vlastní zkušenosti se zanecháním kouření ve vztahu k léčbě primární závislosti: kvalitativní výzkum mezi klienty terapeutických komunit. [Perception of personal experience with smoking cessation in relationship to the therapy of primary addiction: qualitative reseach among clients of therapeutic communities]. Praha 2016. 44 str. Bakalářská práce (Bc.). Universita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK 2016. Vedoucí závěrečné práce: Radimecký, Josef.*

## **ABSTRAKT**

**VÝCHODISKA** - Práce vychází z předpokladu, že vlastní zkušenost člověka se zanecháním kouření a mechanismy, které si díky ní osvojí, mohou přispět při léčbě závislosti. Lze předpokládat, že tyto mechanismy využívá klient ve vztahu k léčbě, při prevenci relapsu, při práci s motivací, a udržení abstinence.

**CÍLE** - Cílem práce je zjistit, zdali a jak člověk, který má zkušenost se zanecháním kouření, využívá tuto svou zkušenost v léčbě závislosti v terapeutické komunitě. Dále jsem zjišťovala, jak klienti vnímají užívání tabáku ve vztahu ke svému zdraví, životu, a pojetí komplexní abstinence.

**METODY** - Kvalitativní analýza byla provedena u bývalých i stávajících kuřáků, klientů dvou terapeutických komunit, kteří se pokoušeli přestat kouřit. Soubor respondentů byl vybrán metodou záměrného institucionálního výběru. S respondenty byl veden polostrukturovaný rozhovor. Data byla podrobena obsahové analýze a částečně interpretativní fenomenologické analýze.

**VÝSLEDKY** - Někteří respondenti vnímají kouření ve vztahu ke svému zdraví jako problém. Uvědomují si závislostní potenciál, který užívání tabáku má, nicméně jeho užívání nepojímají do komplexní abstinence. Předpoklad, že respondenti využívají zkušenost ze zanechání kouření při léčbě závislosti, se nepotvrdil, s tímto jevem jsem se setkala pouze u jedné respondentky.

**ZÁVĚR** - Využívání zkušenosti se zanecháním kouření bude patrně okrajovým fenoménem, který se vyskytuje pouze u klientů, kteří zahrnují užívání tabáku do celkového pojetí abstinence. K ověření tohoto závěru by bylo třeba kvantitativního výzkumu. Zároveň by bylo dobré zkoumat postoje adiktologických služeb k užívání tabáku a k zahrnutí léčby závislosti na tabáku do léčebného kontinua.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

léčba závislosti, zanechání kouření, prevence relapsu, terapeutická komunita, klient

## **ABSTRACT**

**BACKGROUND** - This thesis works on the assumption that one's own experience with smoking cessation along with the habit-breaking patterns that one gains from this experience, might have a positive influence on addiction treatment. It is assumed that these patterns help client with the overall treatment, the relapse prevention, motivation issues and continued abstinence.

**AIMS** - The aim of this thesis is to investigate the effect of smoking cessation experience and the role it plays in the therapeutic community. I also focused my research on the clients' perception of the tobacco using in relation to their health, life and complete abstinence concept.

**METHODS** - Both current smokers and ex-smokers as well as clients of two therapeutic communities were subjected to qualitative analysis. Purposive sampling method was used to select the respondents for semi-structured interview. Content analysis and partly interpretative phenomenological analysis were used to process the collected data.

**RESULTS** - Based on the research, respondents perceive smoking negatively in relation to their health. They are aware of the tobacco dependence potential, however they do not include the issue into complete abstinence. The assumption that respondents utilize their smoking cessation experience in addiction treatment was in general not affirmed.

**CONCLUSION** - Utilizing smoking cessation experience is apparently marginal phenomenon occurring only when the client involves smoking into complete abstinence concept. Quantitative research would be needed to verify this conclusion. At the same time, it would be advised to investigate the approach of drug treatment agencies to tobacco using and including tobacco treatment programme into the treatment continuum.

## **KEY WORDS**

addiction treatment, smoking cessation, relapse prevention, therapeutic community, client

# Obsah

I.	Úvod.....	1
II.	Teoretická část .....	3
1.	Společenský kontext a epidemiologie užívání tabáku .....	3
1. 1	Společnost a kulturní pojetí kouření a stigmatizace kuřáka.....	3
1. 2	Epidemiologie užívání tabáku v České republice .....	4
2.	Závislost na tabáku.....	6
2. 1	Definice závislosti.....	6
3.	Odvykání kouření a léčba závislosti na tabáku .....	9
3. 1	Způsoby léčby .....	9
3. 2	Relaps.....	13
4.	Společná léčba závislosti na tabáku a závislosti na primární droze.....	15
4. 1	Duševní onemocnění a zanechání kouření.....	15
4. 2	Zanechání kouření v podmínkách adiktologických služeb .....	16
5.	Léčba závislosti na tabáku v České republice .....	19
5. 1	Léčba závislosti na tabáku v adiktologických službách primárně zaměřených na léčbu jiné závislosti.....	19
III.	Praktická část .....	22
6.	Cíl, design, výzkumné otázky .....	22
6. 1	Výzkumné otázky .....	22
6. 2	Výzkumný soubor, metody získání a analýzy dat.....	22
6. 3	Etické otázky.....	24
7.	Výsledky .....	26
7. 1	Jak klient vnímá užívání tabáku, případně závislost na tabáku, ve vztahu ke zdraví, svému životu, závislosti, a celkové abstinenci? .....	26
7. 2	Jak využívá klient, který zkoušel zanechat nebo zanechal kouření, mechanismy osvojené tímto zanecháním v léčbě závislosti v terapeutické komunitě? .....	29

7. 3 Zanechání kouření jako ohrožení léčby primární závislosti .....	33
7. 4 Postoje ke kouření v terapeutické komunitě: výhody a nevýhody zanechávání kouření v terapeutické komunitě.....	34
8. Diskuse.....	37
IV. Závěr.....	40
V. Literatura.....	41



# I. Úvod

V rukou držíte bakalářskou práci, která si klade za cíl přiblížit, jak klienti terapeutických komunit vnímají svou zkušenost s odvykáním kouření ve vztahu ke své primární závislosti. Práce vychází z realizovaného kvalitativního výzkumu.

Důvodem k výběru tohoto tématu mě vedla setkání s klientkami na Lůžkovém oddělení pro ženy (dále LOŽ) u Apolináře, se kterými jsem měla možnost mluvit během své praxe v loňském létě. Protože se o téma odvykání kouření a tabákové prevence zajímám i mimo studium, mapuji postoje ke kouření u klientů služeb, do kterých mám možnost nahlédnout v rámci praxí při studiu adiktologie. I na LOŽ, kde mimo jiné systematicky pracují s klienty se závislostí na tabáku (Popov, 2013), jsem mapovala postoje klientek ke kouření a zaujaly mě mezi nimi příběhy dvou žen.

Paní V. byla v programu pro léčbu ze závislosti s diagnózou závislosti na alkoholu. Vyprávěla, že kvůli blíže nespecifikované a pro náš příběh nedůležité komplikaci se ocitla na čtrnáct dní v nemocnici. Ač kuřačka, po celou dobu pobytu v nemocnici nekouřila. Popisovala, že nekouřit jí nečinilo výraznější obtíže a měla z toho radost, ale po návratu z nemocnice se rozhodla, že si jednu cigaretu zapálí s tím úmyslem, že bude kouřit právě jednu cigaretu denně. Její záměr jí bohužel nevyšel, po jedné cigaretě přišly další a paní V. se vrátila na původní počet cigaret před nástupem do nemocnice. Tuto zkušenost s návratem ke kouření vnímala podle vlastních slov jako velmi cennou a zásadní ve vztahu k léčbě závislosti na alkoholu. Vyprávění končila konstatováním, že díky této zkušenosti nyní ví, že si nesmí dát ani jednu skleničku alkoholu, tento princip si prý „osahala“ na cigaretách a ví, že jedna cigareta vede k další, a stejné by to bylo s alkoholem.

Druhý příběh, se kterým jsem se u Apolináře setkala, vyprávěla toho času těhotná paní T. byla závislá na pervitinu, do léčby nastoupila v šestém měsíci těhotenství. Hlavní lékařka jí zakázala kouřit. V době, kdy jsem s ní mluvila, se její léčba i těhotenství chýlily ke konci. Paní T. kladně hodnotila intervenci, kterou s ní ohledně kouření vedla hlavní lékařka. Domnívala se, že nekouřit pro ni bude velmi obtížné, ale její obavy se nepotvrdily a subjektivně nekouření zvládala dobře. Tato zkušenost jí podpořila i ve vztahu k celkové abstinenci – klientka se tvářila sebevědomě a říkala, že když zvládla závislost na cigaretách, zvládne i závislost na pervitinu. Nekouření posílilo její odhodlání nebrat pervitin.

Tyto dva příběhy ve mně vzbudily zvědavost. Představují vzorce, které se mezi klienty opakují? Nebo se jedná o ojedinělé fenomény? Jak vnímají zkušenost s odvykáním na cigaretách klienti ve vztahu k léčbě? Existuje mezi léčbou primární závislosti a závislostí na cigaretách nějaká spojitost? Cílem této práce je odpovědět na tyto a další otázky.

Zdrojem informací mi byly tuzemské i zahraniční publikace, studie a

odborné články, které se věnují tématu odvykání kouření v léčbě. Dále se tato práce opírá o vlastní výzkum. Ten jsem se rozhodla realizovat mezi klienty terapeutických komunit. Jednak z ryze praktického důvodu, a sice z nutnosti absolvovat v rámci studia praxi v terapeutické komunitě, a pak proto, že v terapeutických komunitách jsou ve velkém zastoupeni ti klienti, kteří kouří. Sběr dat jsem uskutečnila během dvou týdnů, které jsem strávila ve dvou terapeutických komunitách – Karlov a White Light I. Záznamy rozhovorů s klienty jsem podrobila kvalitativní analýze, jejíž výsledky předkládám ve výzkumné části této práce.

## II. Teoretická část

### 1. Společenský kontext a epidemiologie užívání tabáku

Většina současných prací, ať už se jedná o studie, výzkumné články nebo publikace, které se věnují problematice užívání tabáku, začínají zpravidla vyčíslením mrtvých, zmínkou o zkrácení života či rakovině, kteréžto má užívání tabáku na svědomí. Těmto tématům se budu věnovat v této části práce.

Nikterak nechci snižovat závažnost, kterou v zdravotní, ekonomické i sociální oblasti užívání tabáku způsobuje, avšak mám potřebu uvést kouření do širších souvislostí, než je medicínský nebo politický problém. Neboť kolem kuřáctví vznikla celá řada rozmanitých kuřáckých kultur. Z kultury vychází člověk a jako takového ho nelze vnímat vytrženého z kulturního prostředí jeho života. Je-li tato kultura, která vznikla kolem kuřáctví, pouze šikovnou odnoží reklamy tabákového průmyslu, je otázka, které se v této práci nebudu věnovat, nicméně je to jistě oblast, která stojí za další zkoumání. Takové souvislosti nám mohou pomoci porozumět například tomu, proč je mezi lidmi užívajícími návykové látky zastoupen vysoký počet kuřáků.

#### 1. 1 Společnost a kulturní pojetí kouření a stigmatizace kuřáka

*„Budu kouřit a budu tě i velebit,  
můj doutníku, a budu si tě zapalovat  
tabák zakazujícími pamflety,  
které napsali ti vzdělaní magoři,  
co proti tobě bojují.“ A. W. Grundy*

Málokterý začínající kuřák si osvojuje kouření o samotě. Než se u něj projeví závislost, než zjistí, že kouření je návykové, že potřebuje kouřit i o samotě, je pro něj kouření společenskou aktivitou, kterou provádí ve skupině. Většina lidí začne kouřit pod vrstevnickým tlakem. Kouření umožňuje mladým lidem ukázat a demonstrovat svoje zapojení do veřejného života (Hilton, 2006). Tento veřejný život se zpravidla odehrává v barech, restauracích, hospodách a kavárnách, proto se jako jeden z účinných preventivních nástrojů proti kouření mladistvých uplatňuje zavedení nekuřáckých veřejných prostor (Králíková et al, 2013).

Vysvětlení, proč lidé kouří dál i přes znalost vědecky potvrzených důkazů o nebezpečí cigaret pro zdraví, bývá v adiktologické odborné veřejnosti snadné –

závislost. Nicméně podle Welshmana (2006) není nalezení takového vysvětlení vůbec snadné, neboť dříve, než kuřák začne pociťovat závislost, budou k jeho rozhodnutí kouřit přispívat další vlivy jako identita skupiny, ale i jednotlivce, a vnímání kouření jako součásti liberálního povědomí sebe sama.

*„Děti nadále kouří ze stejných důvodů jako kdysi – protože kouření představuje vstup do světa dospělých. I dospělí nadále zůstávají vězni kultu individuality, který stojí v opozici vůči běžným standardům chování a většinové ideologie, která v chápání kouření převládala již od 19. století,“* (Welshman, 2006, str. 377).

Zároveň se i liší postoje společnosti či veřejnosti k vnímání osobní odpovědnosti za své kuřáctví. Vnímání kouření jako procesu neléčitelné nemoci a kuřáka jako oběti jeho genetických dispozic (Corrigan, 2006) vede k medicínskému přístupu ke kuřákovi a snaze léčit jeho nemoc. Veřejnost dále může na kouření pohlížet jako na věc osobní odpovědnosti a na kuřáka jako na člověka, který se rozhodl kouřit. Takové vnímání ale může vést ke stigmatizaci kuřáka (Corrigan, 2006). Jak jsem uvedla výše, kouření není jev, který se vyskytuje jako výslednice jasného a individuálního úsudku jedince, ale podílí se na něm i společenský tlak. Welshman (2006) dokonce hovoří o rituálu z donucení a dále upozorňuje na riziko ignorace faktu, že chování nemusí být jen otázkou vlastní volby. Uvádí, že některé sociální skupiny mohou být náchylnější k poruchám chování než jiné. Data z průzkumu výskytu kuřáctví s ohledem na socioekonomický status uvádím v následující podkapitole.

## 1. 2 Epidemiologie užívání tabáku v České republice

Mezi obyvateli České republiky proběhl výzkum veřejného mínění, který zkoumal postoj veřejnosti k problematice návykových látek. Mj. bylo zjišťováno, jaký je její postoj k přijatelnosti konzumace vybraných látek. Pro 74 % dotázaných je přijatelná konzumace tabáku, pro 32 % je přijatelné i pravidelné kouření (Mravčík, 2016). Není bez zajímavosti, že počet těch, pro které je přijatelné pravidelné kouření, přibližně koresponduje s výskytem denních kuřáků.

Podle Sovinové a Csémyho (2016) je výskyt kuřáctví v České republice poměrně stálý. Byl ovšem zaznamenán pokles počtu kuřáků a s ním i nárůst počtu nekuřáků. Není ale jasné, zdali se jedná o odchylku, nebo o nový trend. To mohou ukázat až další výzkumy. Česká populace kouří především cigarety. V České republice kouří v současnosti 31,4 % obyvatel starších 15 let, což představuje přes 2 miliony osob. Denních kuřáků je 23,5 %. Mezi muži kouří 37,4 %, denně 28,2 % a nejčastěji vykouří 15-20 cigaret denně. Mezi ženami kouří 25,8 %, denních kuřáček je 19,0 % a nejčastěji vykouří 5-9 cigaret denně. Celkem 23 % lidí uvádí expozici tabákovému kouří doma, 22 % je vystaveno kouří na pracovišti (Mravčík, 2015).

Hodačová et al. (2015) uvádí, že prevalence u českých dětí je vysoká, protože je třeba se zaměřit na strategie primární prevence. Pravidelné kouření (alespoň jednou týdně) uvedlo 1,6 % dětí jedenáctiletých, 9,7 % třináctiletých a 24,4 % dětí patnáctiletých. Formální struktura rodiny souvisí s prevalencí kuřáctví, nejméně často uváděly kouření děti z úplné rodiny, nejčastěji potom děti, které žijí bez jednoho z rodičů, či zcela bez rodičů.

Epidemiologická data dokládající počet kuřáků mezi klienty adiktologických služeb, potažmo terapeutických komunit, se mi nepodařilo dohledat. Nicméně Popov (2013) uvádí, že mezi klienty programů léčby závislosti na alkoholu kouří asi 80 % a mezi klienty se závislostmi na jiných psychoaktivních látkách až 90 %.

## 2. Závislost na tabáku

*„Ze všech lidských aktivit se zdá, že pouze kouření definuje tvrzení o moderní autonomii: rozhodneme se udělat něco, co zničí naši schopnost rozhodnout se znovu? Možná je to způsobeno svody kouření, kterým autonomně podléháme, protože jsme okouzleni těmito aktivitami, které nám dodávají potěšení i přesto, anebo právě proto, že jsou neoddělitelně propleteny se samotným příslibem rizika.“*  
(Gilman, 2006)

Kouření tabáku je fenomén, který provází člověka a jeho společenství dlouhá staletí. Stejně jako byl tabák a jeho užívání velebeno a považováno i za lék, byl v historii zakazován a za jeho užívání hrozily kuřákům sankce. Již od počátku 17. století se vedly lékařské debaty o tom, je-li kouření škodlivé, či nikoliv. Tabák a jeho užívání zakazoval například turecký sultán Murad IV., protože ho vnímal jako ohrožení morálky a zdraví, papež Urban VII. zakázal kouření papežskou bulou a v Anglii zakázal kouření Jakub I., který v něm viděl zvyk Indiánů, a dával mu za vinu upadající lesk a slávu, kdy duchovenstvo i šlechta zanedbávají své povinnosti, propadají zahálce a prostý lid se ocitá na pokraji úpadku (Gilman, Xun, 2006).

V dnešní době není posuzováno, zdali kouření tabáku způsobuje morální úpadek či vede k zahálce. Pohled na kouření změnily vědecké poznatky o jeho vlivu na zdraví. Kouření tabáku způsobuje většině jeho uživatelů závislost. Závislost na tabáku se týká až 80 % procent jeho uživatelů (Králíková, 2013). Debata o škodlivosti a vlivu kouření na zdraví je uzavřena, v této oblasti mohou mluvit statistická data o úmrtnosti. Závislost na tabáku se projevuje jako chronické, recidivující a letální onemocnění. V České republice je letální pro 18 tisíc lidí ročně (vedle toho 3 tisíce umírají vlivem expozice pasivnímu kouření), z toho tito lidé v 8 tisících případech trpí nádorovým onemocněním, v 7 tisících je to onemocnění kardiovaskulární, ve 2 tisících případech onemocnění respirační a tisíc úmrtí připadá na další onemocnění (Králíková, 2015).

### 2. 1 Definice závislosti

Závislost je pojem, který je definován Mezinárodní klasifikací nemocí (MKN-10) jako soubor fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, kdy užívání nějaké látky má pro jedince přednost před jiným chováním. Vyznačuje se zejména charakteristickou touhou užívat látku a následným projevením odvykacího syndromu po vysazení látky. Diagnosa závislosti se stanovuje obvykle, objeví-li se u jedince během jednoho roku tři a více z jevů jako je silná touha nebo pocit puzení látku užívat, potíže v sebeovládání při užívání látky, tělesný odvykací stav po vysazení látky, zvýšená tolerance k účinku látky, zanedbávání jiných zájmů

a potěšení nebo pokračování v užívání látky i přes jasné důkazy o škodlivosti následků takového užívání (Nešpor, 2011).

### **2. 1. 1 Závislost na tabáku a její složky**

Závislost na tabáku lze v Mezinárodní klasifikaci nemocí nalézt v oddíle poruch duševních a poruch chování, specifiky potom u poruch způsobených užíváním psychoaktivních látek, pod kódem F17.2 (Mezinárodní zdravotnická organizace, 2008). Přestože v České republice je závazná MKN-10, pro zajímavost a srovnání uvádím i pojetí Americké psychiatrické asociace a jejího Diagnostického a statistického manuálu a jeho páté revizi (DSM-5), neboť zde v kategorii „Látkami podmíněné a návykové poruchy“ (Substance-Related and Addiction Disorders) byly zavedeny změny. DMS-5 nyní neodděluje abúzus a závislost, závažnost poruchy je posuzována podle počtu potvrzených znaků, kdy 2-3 znaky znamenají mírnou poruchu, 4-5 znaků střední poruchu a 6 a více znaků značí závažnou poruchu. Tabák a jeho užívání lze tedy v nové DMS-5 nalézt v kategorii poruch způsobených užíváním látek, a to pod kódem F17.2; poruchy související s užíváním tabáku (mírné, střední, závažné), dále abstinenční syndrom (F17.203 – podrážděnost, frustrace či hněv, úzkost, snížená schopnost soustředění, zvýšená chuť k jídlu, neklid, depresivní nálada, nespavost; při přítomnosti 4 a více znaků), ostatní poruchy vyvolané užíváním tabáku (nespavost) a nespecifikovaná porucha související s užíváním tabáku (Martinove, 2015).

Závislost na tabáku má dvě složky, se kterými se následně pracuje při léčbě této závislosti. Je to složka psychosociální/ behaviorální a fyzická/ drogová závislost na nikotinu. Závislosti na nikotinu se budeme věnovat v další podkapitole. Psychosociální a behaviorální závislosti kouření začíná, je to ono kuřácké chování, které člověk, většinou mladý, napodobuje a učí se mu, jak jsme zmiňovali výše. U nás si nejčastěji začínají kouření osvojovat lidé asi ve 12-14 letech (Králíková, 2015).

### **2. 1. 2 Závislost na nikotinu a cigaretě**

Nikotin je obsažen v rostlině tabáku jako přirozený insekticid (Krtíl, Zima, 2013). Tabák je možné užívat vícero způsoby (šňupání, žvýkání, kouření), přičemž samotné kouření tabáku může být prováděno rozličně (kouření dýmky, doutníků, cigaret, balených cigaret). Jak jsem uvedla výše, v České Republice má nejvyšší zastoupení kouření cigaret (Sovinová, Csémy, 2016).

Látka obsažená v tabáku, na níž vzniká závislost, je alkaloid nikotin. Nikotin obsažený v tabákovém kouři se vstřebává do krevního oběhu v plicních sklípcích, dostává se krevním oběhem do mozku, kde se váže na specifické acetylcholinové receptory  $\alpha 4\beta 2$ , které má ve svém mozku asi 85 % kuřáků (Králíková, 2015). Závislost na nikotinu je klasickou drogovou závislostí, která

snadno vzniká podle typu nikotinových acetylcholinových receptorů v mozku, jejichž stavba je asi z 50 % geneticky podmíněna (Králíková, 2015).

Nicméně redukce závislosti kuřáků na závislost na nikotinu nemusí být zcela funkční. Fagerströme (Fagerströme, 2012), který v roce 1978 přichází s diagnostickým testem závislosti na nikotinu (FTND), v roce 2011 vysvětluje, proč bylo třeba tento test přejmenovat na Fagerströmův test závislosti na cigaretě (FTCD). Uvádí, že jednak z farmakologického hlediska jsou v tabákovém kouři obsaženy další látky, například acetaldehyd, který inhibuje monoaminoxidázu, která se podílí na uvolnění dopaminu, a tím tedy navozuje příjemné pocity. Vedle toho, pokud by závislost na tabáku šlo redukovat na závislost na nikotinu, měly by léčby náhradním nikotinem vykazovat větší procento úspěšnosti, než v současnosti vykazují.

Kromě farmakologických determinantů ale uvádí i nefarmakologické, jako je zvyk a podmíněnost kouření, které sestává z opakujících se úkonů, jako je přikládání cigarety k ústům, inhalování a následné vydechování kouře, které je pro kuřáka uklidňující, dále zmiňuje samotnou cigaretu jako předmět, jehož samotné držení přináší kuřákovi příjemný kuřácký zážitek, a v neposlední řadě zohledňuje široký psychosociální rozměr, které kouření nese. Přirovnává kouření k užívání kávy nebo alkoholu a používá termín „sociální lubrikant“, kdy kouření v určitých situacích může vést k pocitům větší sounáležitosti, zároveň v různých kulturách a subkulturách může být nositelem identifikace, stejně tak může být přítelem pro osamocené a snižovat případnou úzkost. Fagerströme (2012) tedy připomíná, že pokud jde o užívání tabáku, neměli by se odborníci zaměřovat jen na závislost na nikotinu, ale vnímat kouření jako rozsáhlou a komplexní závislost.



### 3. Odvykání kouření a léčba závislosti na tabáku

*„Kouříš? Tak nekuř!“ Ferdinand, celoživotní nekuřák*

Předchozí kapitolu jsem zakončila Fagerströmovým doporučením vnímat kouření jako komplexní závislostní problém. V této kapitole se pokusím ukázat, jaké jsou postupy, přístupy a principy při léčbě této závislosti.

Fagerströmův test závislosti na cigaretě může pomoci při posouzení míry a závažnosti rozvinuté závislosti (Fagerströme, 2012), nicméně určující pro léčbu jakékoliv závislosti a pro předpoklad úspěšné léčby je rozhodnutí a přání kuřáka přestat kouřit (Králíková, 2013).

Léčba závislosti na tabáku, potažmo zanechání kouření může pozitivně ovlivnit celkové zdraví člověka. Tabákový kouř totiž působí na lidské tělo v mnoha úrovních. Existuje příčinná souvislost mezi kouřením a rozvojem rakoviny nejen průdušek a plic, ale i další nádorů, jako jsou nádory dutiny ústní, hrtanu, jícnu, žaludku, slinivky břišní, ledvin, močového měchýře, dále i gynekologických nádorů a leukémií (Žaloudník, 2013). Kouření má negativní vliv na výskyt bakterií v ústní flóře a s nimi spojené respirační infekce u kuřáků (Jedličková, 2013), zároveň vede ke snížení produkce důležitých imunoglobulinů, zvyšuje počet lymfocytů a snižuje jejich aktivitu a proliferační schopnost (Petanová, 2013), je rizikovým faktorem pro vznik alergického onemocnění (Špičák, 2013) a zdvojnásobuje riziko pro vznik diabetes mellitus (Rosolová, 2013). Kouření negativně ovlivňuje vznik aterosklerózy (Aschemann, Linhart, 2013) a má vliv na reprodukční schopnosti jak u mužů (snížení počtu pohyblivosti a kvality spermií a snížená schopnost erekce), tak u žen (předčasná menopauza, zvýšené riziko kardiovaskulárních onemocnění při současném užívání hormonální antikoncepce, předčasný porod atd.) (Michalcová, Feyreisl, 2013). Zároveň má kouření vliv na farmakokinetiku i farmakodynamiku léčiv, především benzodiazepinů, beta-blokátorů, opioidů, či léků, používaných v psychiatrii a může tak snížit účinnost léčby (Perlík, 2013). Kouření ovlivňuje i mnohé další oblasti lidského zdraví (viz Králíková, 2013), které v této práci nebudu dále popisovat.

#### 3. 1 Způsoby léčby

Tvrzení, že většina kuřáků chce přestat, mohou podpořit data z posledního šetření mezi kuřáky. Ta neuvádějí, kolik kuřáků chce přestat kouřit, ale lze se z nich dozvědět, že třetina současných kuřáků se v průběhu posledního roku pokusila přestat kouřit (muži 33,8 %, ženy 30,6 %). Nejvíce kuřáků, kteří se pokoušeli přestat, spadala do nejnižší věkové kategorie, tedy 15-24 let (Sovinová, Csémy, 2016).

Léčba závislosti na tabáku by měla být nabídnuta každému současnému uživateli, pokud chce přestat, a to podle krátké intervence 5 A (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange; ptát se, poradit, posoudit ochotu přestat, pomoci, naplánovat kontroly). Nechce-li kuřák přestat, měla by s ním být vedena krátká intervence 5 R (Relevance, Risks, Rewards, Roadblocks, Repetition; relevantně vztahovat kouření k jeho situaci, posoudit rizika, vyzdvihnout možné odměny nekouření, zmapovat překážky, opakovat takovou intervenci při dalších návštěvách) pro posílení motivace přestat kouřit (Fiore, 2000). Výzkum a strategie zaměřené na kuřáky by se měli soustředit na posilování kuřákovy motivace přestat kouřit, a to i mezi těmi kuřáky, kteří sami sebe popisují jako vysoce motivované (Uppal et al. 2013). Králíková uvádí, že provádění krátké intervence by se mělo týkat všech profesí v klinické medicíně – lékařů, sester, lékárníků i dentistů a měla by být hrazena v rámci zdravotnických systémů (Králíková, 2013).

Podle výzkumů se ukazuje, že lepší léčebné výsledky vykazují ti kuřáci, kteří splňují tyto charakteristiky: muž ve vyšším věku, v manželském svazku, s nižší mírou závislosti na nikotinu (Wenig et al, 2013), ale už dříve bylo upozorňováno na to, aby se léčebné programy zaměřily i na obtížnější klienty, mezi které se řadí ženy, adolescenti a starší lidé, s přihlédnutím k jejich specifickým potřebám (Hatsukami, 1999).

### **3. 1. 1 Posílení motivace, krátké a psychobehaviorální intervence**

Ve zdravotnických zařízeních by měli zaměstnanci provádět se všemi kuřáky krátké intervence (Fiore, 2000) podle struktury 5 A nebo 5 R, které jsem uváděla výše. U těch kuřáků, kteří přestávají kouřit, se doporučuje intenzivní intervence sestávající z nejméně 4 setkání po nejméně 10 minutách. Formy takové intervence se mohou různit, může jít o individuální poradenství, skupinové intervence, ale i telefonické kontroly, konzultace mohou být poradenského typu, ale mohou zahrnovat i behaviorální terapii, kdy se s klientem hledají způsoby, jak změnit například kuřácké situace (Fiore, 2000). Užitečná je i prevence relapsu. Tyto intervence mohou zahrnovat i poradenství na lince pro odvykání kouření (Králíková, 2013). Svépomocné materiály a následné udržování emailové korespondence může být efektivní prostředkem pro pomoc při zanechávání kouření (Brandon et al., 2016). Důležitou složkou, která zvyšuje míru úspěšnosti, je podpora okolí a „nekuřácké zázemí“. Nedávný nizozemský výzkum naznačuje, že pro přestávajícího kuřáka je důležitá podpora okolí, kterou od svého okolí očekává (zároveň lidé s nižším socioekonomickým statutem očekávají, že tato podpora bude nižší). Zároveň je v procesu zanechávání kouření důležité pozitivní vnímání sebe sama jako nekuřáka nebo přestávajícího kuřáka, oproti vnímání sebe sama jakožto kuřáka (Meijer, et al., 2016). Míra úspěšnosti zanechání kouření stoupá, pokud se intervence kombinuje s vhodnou farmakoterapií, což je výsledek přehledových studií a jejich metaanalýzy, která byla provedena na celkovém vzorku 101 tisíc

kuřáků. Výsledky studie jsou, že NTN a buprobion pomohly přestat kouřit o 80 % víc kuřákům než placebo. Samotný vareniklin představoval dvojnásobnou šanci na zanechání kouření v porovnání s placebem, v kombinaci vareniklinu a NTN se úspěšnost zanechání kouření zvýšila na 70 % oproti placebo. (Cahill, 2013). Pro srovnání uvádím závěry, které uvádí Králíková (2003).

*„Léky první linie jsou vareniklin, NTN a bupropion, samy o sobě nejsou tak účinné jako ve spojení s intervencí. V závislosti na intenzitě intervence vareniklin ztrojnásobuje a NTN a bupropion zdvojnásobují úspěšnost. Vyplatí se tedy aplikovat farmakoterapii zejména spolu s intenzivní intervencí. Pro dosažení účinnosti je důležitá dostatečná dávka a délka farmakoterapie, většinou se doporučuje alespoň 12 týdnů, případně déle.“* (Králíková, 2013, str. 387)

### **3. 1. 2 Farmakoterapie: náhradní nikotinová terapie, bupropion, vareniklin a cytisin**

Při léčbě závislosti na cigaretách se využívá jednak substituce nikotinem v podobě nikotinových náplastí, ústního spreje či žvýkaček. Přestávající kuřák tak přijímá nikotin, a tím se předchází rozvoji abstinenčních příznaků. Dále se využívá antidepresivum buprobion a posledním lékem první volby je vareniklin, který je parciálním agonistou  $\alpha 4\beta 2$  acetylcholin nikotinových receptorů. Jeho účinek je tedy ten, že se váže na tyto receptory, nikotin přijímaný z cigarety se proto nemůže na obsazené receptory navázat a kuřáci ztrácejí potěšení z cigarety, neboť se nevyplavuje dopamin (Králíková, 2015).

Náhradní terapie nikotinem (dále jako NTN), bupropion a vareniklin představují způsoby léčby s nízkým rizikem a zvyšují šance úspěšného pokusu přestat kouřit. Více efektivní než samotné využití NTN, je kombinace NTN a vareniklinu. Zároveň cytisin má potenciál jako bezpečná, efektivní a finančně dostupná léčba závislosti na tabáku (Cahill, 2013).

Minimální délka léčby je u všech druhů farmakoterapie alespoň 3 měsíce, efektivnost takové léčby se zvyšuje případným prodloužením užíváním nikotinové substituce (Pavlovská, Minařík, 2015).

Přesto není farmakologická léčba v našich podmínkách příliš rozšířena. Podle posledního sčítání je v České republice 271 zařízení poskytujících adiktologické služby. Z hlediska prováděných intervencí zde dominuje orientační diagnostika užívání návykových látek a alkoholu (82 % a 71 %), orientační diagnostika užívání tabáku je prováděna v 38 % zařízení, celkem ve 103 zařízeních. Mezi poskytované intervence týkající se užívání tabáku, které výroční zpráva uvádí, patří poradenství v oblasti odvykání kouření, to je prováděno v 66 zařízeních (podíl 24 %), intervence s názvem “nikotinové náhrady” je poskytována v 34 zařízeních (podíl 13 %) (Mravčík, 2015).

Vedle těchto dnes již tradičních léků a prostředků lze při léčbě závislosti použít i například cytisin. Cytisin je alkaloid s vysokou afinitou na  $\alpha 4\beta 2$  acetylcholin nikotinových receptorů, a podle všeho byl inspirací pro vyvojáře vareniklinu, který se dává a funguje na podobném principu. Lze jej extrahovat z rostliny *Cytisus laburnum* (štědřenec odvislý, v českých reáliích známější pod názvem zlatý dešť), ze které byl prvně extrahován v roce 1865. Jako léčivo při odvykání kouření byl používán v zemích střední a východní Evropy, pod jménem Tabex ho vyráběla Bulharská farmaceutická firma Sopharma. V Polsku byl v roce 2012 zaveden pod komerčním názvem Desmoxan, a není bez zajímavosti, že od jeho uvedení na trh v následujících dvou letech přestalo kouřit 500 tisíc kuřáků (Zatoński, 2015).

Roční abstinenci vykazuje po léčbě cytisinem 8,4 % pacientů, oproti 2,4 % abstinujícím, kteří užívali placebo (West et al., 2011), další studie ukázaly, že cytisin má oproti vareniklinu méně vedlejších účinků (Hajek, McRobbie, Myers, 2013) a z ekonomického hlediska je léčba cytisinem cenově méně nákladná, než léčba vareniklinem (Leaviss, et al, 2014). Vzhledem k tomu, že rostlinu, z níž lze, cytisin extrahovat, lze pěstovat efektivně a nízké náklady odpovídají i extrakci a zpracování cytisinu, mohla by být léčba cytisinem až o polovinu levnější než léčba jinými preparáty určenými k léčbě závislosti (Prochaska, 2013).

V České republice se neprodává v běžném prodeji v lékárnách, ale lze jej objednat přes internet, balení po 100 ks 1,5 mg tablet vyjde v přepočtu asi na 730,- Kč, jedná se o balení cca na 1 měsíc. (Pro srovnání, měsíční léčba vareniklinem, který je v ČR distribuován pod obchodním jménem Champix, stojí přibližně 2000,- Kč (Společnost pro prevenci nemocí, 2016).

Nicméně veskrze veškerá farmakoterapie se svým působením zaměřuje na člověka, který je závislý na nikotinu, což je podle Králíkové (2013) a Fagerströma (2012) asi 85 % kuřáků. Pro zbývajících 15 % kuřáků, kteří jsou závislí na jiné složce kouření, než je nikotin, například na rituálním charakteru kouření, či nejsou závislí vůbec, bude při zanechávání kouření důležitější jednak intenzivnější intervence, a zejména vlastní dobré přesvědčení a motivace přestat kouřit.

NTN není vázaná na lékařský předpis a je volně prodejná v lékárnách. Což může přispívat k tomu, že data, která jsou o lidech zanechávajících kouření k dispozici, která vycházejí ze záznamů odborných programů a vědeckých studií, nemusí odrážet realitu. Vedle těch, kteří si opatří NTN bez konzultace se specializovaným zařízením, budou mimo zaměření pozornosti výzkumníků i ti lidé, kteří přestávají kouřit zcela bez odborné pomoci.

### **3. 1. 4 Zanechání kouření bez léčebné intervence**

Více než polovina všech kuřáků navštívila v roce 2016 zdravotnické zařízení, přičemž pouze 30,6 % z nich bylo lékařem doporučeno přestat kouřit. 32,3

% kuřáků se přestat kouřit pokusilo (Sovinová, Csémy, 2016). V České republice fungovalo v roce 2014 celkem 40 ambulantních programů Center pro závislé na tabáku. Data o počtu jejich klientů nejsou k dispozici (Mravčík, 2015), pročež nemohu vyvodit žádný podložený závěr, nicméně například Hughes uvádí, že nejvíce kuřáků, kteří se pokoušejí přestat kouřit, tak činí bez jakékoliv léčby (Hughes, 2008).

Pro takové odvykání existují například různé příručky a návody, jak takové zanechání provést (Králíková, Kozák, 1997; Carr, 1992). V dnešní době se rozvíjejí možnosti využívající internetu a mobilních aplikací, které zanechání kouření asistují, kuřáka motivují připomínáním informací týkajících se délky abstinence a ušetřených peněz. V současnosti probíhají i výzkumy efektivnosti takových „intervencí“, například internetový výzkum zaměřený na efektivitu aplikace WhatsApp a sociální sítě Facebook, které poskytovaly uživatelům platformy pro sdílení svého pokusu se zanecháním kouření. Výzkum ukázal, že participanti, kteří využívali WhatsApp a Facebook, vykazovali oproti kontrolním skupinám méně relapsů jak po 2, tak po 6 měsících po zanechání kouření (Cheung et al., 2016). Což je nicméně výsledek po krátké době po zanechání kouření. Starší výzkumy tvrdí, že kuřáci, kteří přestávají bez léčby, se častěji vrací ke kouření v prvních dnech či týdnech po zanechání kouření, zároveň více tíhnou k jednorázovým „uklouznutím“, které potom vedou k častější recidivě (Hughes, et al., 1992).

Jiný výzkum mezi bývalými kuřáky, kteří přestali kouřit bez léčby, ukázal, že zásadní pro ně byla doba kontemplace, kdy si stavěli své nekuřácké sebevědomí, a zároveň jako důležitou označuje práci s relapsem. Bývalí kuřáci pracovali s relapsem jako s událostí, ze které se mají poučit, a kterou potom dále zahrnují do dalšího pokusu přestat kouřit, skrze identifikaci a přípravu na to, co v adiktologické terminologii nazýváme „rizikové situace“ (Stewart, 1999).

Důležitou zde shledávám právě práci s relapsem. Russellův standard připouští jako úspěšný pokus přestat kouřit takový pokus, kde je dosaženo dlouhodobé abstinence, to je nejméně 6, lépe však 12 měsíců, s tolerancí maximálně do 5 cigaret za celé období půl roku nebo roku (Králíková, 2015).

Zanechání kouření bez léčebné intervence zde uvádím především proto, že se dotýká klientů terapeutických komunit, mezi kterými jsem prováděla výzkum.

### 3. 2 Relaps

*„Přestat kouřit je nejsnazší věc na světě. Sám jsem přestal aspoň tisíckrát.“*  
Mark Twain

Relaps je něco, s čím se u pokusů přestat kouřit často setkáváme. Mnoho kuřáků se ke kouření vrací v prvních 24 hodinách po pokusu přestat kouřit, další kritickou dobou je prvních 5-10 dní po zanechání kouření. Na tato data odpovídá

současný trend v léčbě, kdy by v této době měl být kontakt s klientem zanechávajícím kouření intenzivní. Nicméně relapsy se objevují, přecházejí do recidiv, někdy i po letech po zanechání kouření. I jedna cigareta může být pro bývalého kuřáka rizikem, většina z nich vede k návratu ke každodennímu kouření. Přesto ale i relapsy mají svůj význam, například po pokusech o zanechání kouření se sice uživatel vrací ke kouření, ale kouří méně cigaret než dříve (Piasecki, 2006). Meta analýza zkoumající relapsy po roce nekouření přichází s výsledkem, že s přibývajících léty po skončení s kouřením přibývají i relapsy. Po jednom roce nekouření relabuje 10 %, po pěti letech je to až 41 % (Hughes, et al. 2008).

Ačkoliv Kalina popisuje prevenci relapsu ve vztahu k abstinenci v terapeutické komunitě, lze tyto poznatky vztáhnout i na prevenci relapsu u kouření. Zcela zásadním podle jeho názoru je vnímat relaps jako událost, ze které je následně možné „vytěžit aktivní zážitek učení“. Prevence relapsu tedy vychází z předpokladu, že závislý člověk je schopný své závislé chování měnit (Kalina, 2008).

Existuje celá řada přístupů jak se k zanechání kouření stavět, ať už je to budování si nekuřácké identity, či aktivní začlenění relapsu do živoucí zkušenosti. O tom hovoří i Králíková a Kozák:

*„Je tolik způsobů přestat kouřit, kolik je kuřáků,“* (Králíková, Kozák, 1997, str. 12).

Barvitost a neuniverzalita lidského života může být odpovědí na otázku, proč není farmakoterapie stoprocentně úspěšná, proč z 2 miliónů kuřáků se pouze 1/3 pokouší přestat kouřit, a jen zlomek z nich se o to pokusí za asistence a podpory odborníků.

## **4. Společná léčba závislosti na tabáku a závislosti na primární droze**

Pro dobrou srozumitelnost této kapitoly a následujícího výzkumu je třeba nejprve popsat, co je zde myšleno pojmem „primární droga“.

Primární droga je taková látka, která způsobuje klientovi nejvíce problémů (analogicky sekundární droga je taková, která klientovi způsobuje problémy) (Simon, 1999), zároveň to bude droga, které dává uživatel během svého závislostního chování přednost před jinou návykovou látkou, či skupině drog. Z důvodů, které zapříčiní užívání právě této primární drogy, klient nastupuje do léčby závislosti. Například pro uživatele pervitinu je primární drogou pervitin, vedle toho ale např. užívá i tabák, marihuanu a/nebo alkohol, které by tedy analogicky byly drogami sekundárními.

V České republice léčba závislosti v terapeutických komunitách, psychiatrických nemocnicích a jiných dalších adiktologických službách zpravidla vede klienty k abstinenci od všech návykových látek (Kalina, 2008), bez ohledu na to, která z těchto látek byla primární a která sekundární droga. Mimo tento seznam stojí užívání tabáku a kávy nebo čaje, potažmo nikotinu a kofeinu. O situaci v České republice bude pojednáno v následující kapitole.

Přístupy k léčbě závislých na návykových látkách či lidí trpících duševní poruchou ve spojitosti s léčbou závislosti na tabáku mohou být různé. Nicméně veskrze panuje shoda, že společná léčba je efektivní a může zlepšit prognózu jak u projevů duševního onemocnění, tak u projevů závislostního chování. V této kapitole přináším stručný a jistě nikoliv vyčerpávající přehled některých výzkumů a výzkumných tvrzení, které se zabývaly touto problematikou.

### **4. 1 Duševní onemocnění a zanechání kouření**

Často se můžeme setkat s přetrvávajícím předsudkem, že lidé, kteří trpí duševní nemocí, nemohou a nechtějí přestat kouřit. Nicméně podle Fioreho (2000), by jim měla být nabídnuta léčba stejně jako lidem z běžné populace. Jako účinný lék v této specifické populaci klientů s duševními nemocemi lze použít bupropion, který podporuje jak zanechávání kouření, tak v kombinaci s NTN ovlivňuje i například depresivní stavy. Zároveň by tato léčba měla být pro tyto pacienty intenzivnější, protože zanechávání kouření pro ně může být obtížnější. Vychází se z předpokladu, že psychiatři či nebo závislí klienti nechtějí přestat kouřit, ale srovnání dat studií těchto klientů a obecné populace naznačuje, že tito klienti jsou podle cyklu změny závislého chování stejně motivováni přestat kouřit, a chtějí přestat kouřit stejně jako zdravá část populace (Hall, Prochaska, 2009). Scherman hovoří o začlenění léčby závislosti na tabáku do zařízení, která se zaměřují na péči

o tyto klienty, protože tito klienti jsou s těmito službami v užším kontaktu než například se svým praktickým lékařem (Scherman, 2006). Takové začleňování léčby závislosti na tabáku v psychiatrických nemocnicích popisuje, zároveň se zavedením nekuřáckého prostředí v psychiatrické nemocnici, i Konicki (2006).

Například průzkum mezi lidmi, u nichž byla diagnostikována bipolární afektivní porucha, ukázal, že ti z nich, kteří kouří, by si přáli přestat. Přičemž jen 38 % z nich bylo doporučeno přestat kouřit, 48 % se domnívá, že kouření jim pomáhá v léčbě jejich duševní nemoci, a 96 % věří, že pro to, aby bylo možné přestat kouřit, je důležité být duševně zdravý. Bývalí kuřáci, kteří trpí bipolární afektivní poruchou, uváděli, že v době, kdy přestali kouřit, byli ve špatném nebo přiměřeném duševním stavu, ale svůj současný stav hodnotí jako úzdravu (recovery), spíše než současní kuřáci (Prochaska, 2011).

## **4. 2 Zanechání kouření v podmínkách adiktologických služeb**

Intervence zaměřená na zanechání kouření během léčby závislosti je spojována s až o 25 % větší pravděpodobností dlouhodobé abstinence jak od alkoholu, tak od nealkoholových drog. Lepší výsledky se zanecháním kouření mají klienti, kteří jsou v následné péči, než ti, kteří přestávají během léčby. 70 % klientů adiktologických služeb uvádí, že by chtěli přestat kouřit, z toho mezi 20-30 % z nich si přeje přestat kouřit společně se zanecháním užívání své primární drogy (Prochaska, 2004).

Studie mezi válečnými veterány zkoumala, jaký je vliv zanechání kouření v léčbě závislosti na alkoholu ve vztahu k alkoholovým relapsům. Studie sledovala participanty tři měsíce a ti, kteří přestali kouřit, byli jednak ošetřeni incentivní terapií (contingency management) a substituovány náhradní nikotinovou terapií. Riziko relapsu k alkoholu bylo u těch, kteří současně přestali kouřit, prokazatelně nižší, vedle toho se snížil i výskyt depresivních příznaků u těchto klientů. Zároveň studie nepotvrzuje ideu, že kouření může pomoci při vyrovnávání se s chutí na alkohol (Cooney et al., 2015).

Výzkum mezi 8 řediteli, 25 zaměstnanci a 29 klienty a 82 anamnestických složek klientů v celkem 8 zařízeních, které se zabývají drogovou závislostí, zaměřující se na poskytování intervence pro zanechání kouření v těchto zařízeních, ukázal, že praxe se v jednotlivých zařízeních liší, nicméně všechna zařízení mají společné to, že zaznamenávají kuřácký status do anamnézy. Většina zařízení také vykazuje, že léčbu závislosti na tabáku poskytuje, ale jen jedno ze zařízení tak činí systematicky – u ostatních léčba spočívá spíše v odkazování na léčbu v jiných zařízeních, případně doporučení přestat kouřit, zároveň do této položky služby započítávají edukativní program o rizicích a škodlivosti užívání tabáku (přičemž není podloženo, že by taková edukace o následcích kouření vedla kuřáky k rozhodnutí přestat kouřit).



Ukázalo se, že klienti ve výzkumu spíše postrádali intervenci zaměřenou na zanechání kouření, a pokud chtěli tuto svou závislost řešit, museli o takovou intervenci zaměstnance požádat. To potvrdili i zaměstnanci, že zahrnuli léčbu závislosti na tabáku do léčebného kontinua v případě, že klienti měli o takovou léčbu vyslovený zájem.

Není bez zajímavosti, že někteří vedoucí a zaměstnanci zařízení uvádějí, že používají tabák jako nástroj při demonstraci, jak vypadá závislost a abstinenční příznaky, pokud chtějí zprostředkovat a otevřít diskusi o jiných drogách. „*Je to skvělý příklad, protože ne každý rozumí tomu, jaké to je být závislý na kokainu, ale téměř všichni rozumí kouření,*“ uvedl jeden z ředitelů zařízení (Hunt et al., 2012).

Australský dotazníkový průzkum mezi službami<sup>1</sup> zabývajících se léčbou závislosti na drogách rovněž zkoumal intervence ve prospěch zanechání kouření (smoking cessation intervention). Přinášel i důležitou informaci o kuřáckém statusu zaměstnanců těchto služeb, kde z celkem 213 vedoucích a 204 zaměstnanců, byli vedoucí ve 27,0 % pravidelnými nebo příležitostnými kuřáky, 44,1 % bývalí kuřáci a 28,9 % celoživotní nekuřáci. Zaměstnanci těchto služeb byli pravidelnými nebo příležitostnými kuřáky v 36,3 %, 31,9 % z nich byli bývalí kuřáci a 31,9 % celoživotní nekuřáci.

Tento jedenáct let starý výzkum přináší zprávu o tom, jaké byly postoje k zanechávání kouření ve službách, které se zabývají uživateli alkoholu a drog. Prevalence kouření je mezi klienty těchto služeb nad 80 %, zatímco populační prevalence je v Austrálii 23 %. Ačkoliv asi 80 % zúčastněných pracovníků se domnívalo, že zanechání kouření by bylo pro jejich klienty užitečné, doporučení přestat kouřit bylo poskytnuto asi jedné třetině kuřáků. Informace o tom, že jsou klienti kuřáci, byla zpravidla uvedena do jejich složky.

Překážky, které pro zanechání kouření klienty uváděli pracovníci, byl nezájem ze strany klientů o tento druh intervence a předpoklad, že klienti se chtějí zaměřit především na drogovou závislost. Jako další překážka byla vnímána nízká vzdělanost mezi zaměstnanci služeb v oblasti intervencí zaměřených na užívání tabáku.

Jedním z výsledků, ke kterým výzkum dospěl, bylo, že 12,6 % vedoucích služeb a 16,5 % zaměstnanců těchto služeb souhlasí s tím, že někdy může být užitečné kouřit cigarety společně s klientem, a vyvozuje z toho závěr, že tito zaměstnanci nevnímají tabák jako závažný drogový problém, a kouření může být

---

<sup>1</sup> Z celkového počtu 260 služeb, byly služby v následujícím zastoupení: zdravotní/vládní služba typu komunity 33,7 %, rezidenční rehabilitační program/terapeutická komunita 20,5 %, nevládní služba typu komunity 20,2 %, speciální detoxikační zařízení 5,4 %, program v soukromé nemocnici 3,9 %, veřejný metadonový program 3,5 %, programy trestního soudnictví (judicial criminal justice) 3,1 % a ostatní kategorie 9,7 %.

vnímáno jako způsob, jak navodit terapeutický vztah s klientem.

Program v podobě nabízení intervence zaměřené na zanechání kouření není těmito službami systematicky nabízen (Walsh et al. 2005).

## **5. Léčba závislosti na tabáku v České republice**

Akcí plán pro oblast kontroly užívání tabáku si dává jako jeden z mnoha cílů zvýšit počet osob, které zanechaly užívání tabákových výrobků, čehož lze dosáhnout, mimo užití jiných strategií, dostupnou a kvalitní léčbou závislosti na tabáku (Mravčík, 2014).

V České republice probíhá léčba závislosti na tabáku především ve specializovaných centrech pro závislé na tabáku. Kromě Centra pro závislé na tabáku III. IK VFN a 1. LF UK, které funguje každý všední den, taková centra a jejich provoz zajišťují jednotliví lékaři ve svých ambulancích, často přidružených k plicním či interním oddělením nemocnic. Vzniká zde síť lékáren, které se ustanovují jako Centra pro odvykání kouření. Podle Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku (SLZT, 2016) z adiktologických ambulančí poskytují léčebné intervence zaměřené na zanechání kouření v Olomouci na Adiktologické ambulanci prevence a léčby závislosti a na Klinice adiktologie 1. LF UK a VFN.). Podle výroční zprávy vykazuje intervenci zaměřenou za odvykání kouření 66 zařízení z celkového počtu 271 zařízení (Mravčík, 2015), jak jsem podrobněji uváděla výše. Jiná relevantní data se mi nepodařilo vyhledat. Vedle těchto zařízení zde funguje telefonní Linka pro odvykání kouření, provozovaná Českou koalicí proti tabáku (Králíková, 2013).

### **5. 1 Léčba závislosti na tabáku v adiktologických službách primárně zaměřených na léčbu jiné závislosti**

Obdobné signifikantní výzkumy zaměřené na přístupy k léčbě závislosti na užívání tabáku v prostředích adiktologických služeb, s jejichž výsledky seznamuji čtenáře výše, nebyly v českých podmínkách patrně provedeny. Průzkum v detoxifikačních odděleních a jejich přístupu k léčbě závislosti na tabáku provedl v České republice Popov (2013).

V těchto zařízeních, kde je vysoký výskyt kuřáků, většinou nedochází ani k diagnostice závislosti na tabáku – z dvaceti zařízení diagnostikují závislost v 7. Léčba a krátká intervence probíhá podle výzkumu v 9 (léčba) a v 6 (krátká intervence) zařízeních. Nicméně není dále uváděno, co se pod pojmem léčba skrývá a jakou má strukturu. Popov vidí problematiku i přístup samotných pracovníků zdravotnických zařízení, kteří jsou často také kuřáky, svou závislost na tabáku nereflektují a nejsou ochotni poskytovat léčebné intervence zaměřené na zanechání kouření klientům těchto zařízení. Uvádí příklad dobré praxe na Klinice adiktologie 1. LF a VFN v Praze, kde začali s klienty-kuřáky systematicky pracovat.

Dále uvádí, že mezi závislými na psychoaktivních látkách jiných než alkohol kouří cca 90 % klientů. Prevalence kouření mezi pacienty metadonových programů je 85-95 %. Z odborného hlediska je společná léčba závislosti na tabáku a

závislosti na jiné látce vnímána jako možná a zároveň efektivní. A to jak z hlediska vlastní léčby závislosti na tabáku, tak i jako faktor významně zlepšující výsledek léčby závislosti na primární droze či více drogách (Popov, 2013).

Z perspektivy klientů zkoumala tabákovou problematiku v podmínkách ústavního léčení klientů závislých na užívání alkoholu Kukaňová (2014). Přináší poznatek, že klientům není taková léčba většinou nabízena, protože nedostatečně informovaní a edukovaní klienti mají z takové léčby obavy, i když se jedná mnohdy o kuřáky, kteří chtějí přestat kouřit a v minulosti se o to sami bez léčby pokoušeli, uvědomují si ekonomickou zátěž, které pro ně kouření znamená, i zdravotní a estetické (zápach) obtíže, které kouření představuje.

### 5. 1. 2 Terapeutické komunity

*„Léčba v terapeutické komunitě se označuje jako “léčba vedoucí k abstinenci” či “léčba orientovaná k abstinenci”. Abstinence však není cílem léčby v terapeutické komunitě, je pouze cestou, podmínkou a součástí léčby a pro budoucnost doporučovaným prostředkem k tomu, aby se klient mohl zapojit do podmínek běžného života bez škodlivého užívání návykových látek”* (Adameček, Radimecký, 2015, str. 452).

Pro personál terapeutických komunit existují etické směrnice zavazující je k chování, které bude v souladu s vyzrálým a dospělým vzorem pro klienty. V rozporu s takovým souladem jsou uváděny kvality jako pasivita, nutkavost, submisivita a závislost (Adameček, Radimecký, 2015). Navzdory těmto premisám užívání tabáku stojí vně jak vnímání abstinence, tak vnímání závislosti. Stejně tak závislost na užívání tabáku není vnímána problematicky u pracovníků komunit.

V terapeutických komunitách jsou důležitá určitá východiska, která jsou podle Ottenberga (in Kalina, 2008) nezměnitelná. Jsou to svépomoc společenství, role členů týmu a klientů jako vzorů pro ostatní, sociální učení produkující změny chování a postojů, léčba plánovaná tak, aby klienti mohli těchto změn dosáhnout. V praxi léčby závislosti na návykových látkách u obtížné klientely se toto zdá jako zcela zdravé jádro. Ale v implementaci na problematiku užívání tabáku, kdy se nacházíme v prostředí, které bývá z větší části kuřácké, mohou být role členů týmu a klientů jako vzorů pro sociální učení problematické. Z hlediska historického, společenského a kulturního, která popisují v první kapitole, je takové utváření vzorů zcela přirozené a i ve společenství, kterým terapeutická komunita je, můžeme vysledovat touhu po začlenění se do veřejného života (Hilton, 2006) či přání po individualizaci (Welshman, 2006) ve vztahu k užívání tabáku.

Například farmakoterapie v terapeutických komunitách není dnes problematizována, jako tomu bylo v minulosti zejména v komunitách pro drogově závislé, kde s důrazem kladeným na plnou abstinenci byla i farmakoterapie

vnímána jako porušení abstinence, což vedlo k tomu, že potencionální klienti s duálními diagnózami nebyli do takových komunit vůbec přijímáni. Tento postoj se ale změnil, jednak rozvojem komunit pro klienty s duálními diagnózami, jednak spoluprací s psychiatry. Mnozí klienti v TK dnes užívají farmakoterapii (Kalina, 2008). Proto by nikotinová substituce či užívání buprionu či vareniklinu v rámci léčby závislosti na tabáku nemuselo být z pohledu pravidel terapeutické komunity vnímáno problematicky. Vedle toho je terapeutická komunita prostředím, jehož hlavním nástrojem je terapie, pročez by základní čtyři intervence (Fiore, 2000) mohly být zahrnuty do léčebného plánu.

### **III. Praktická část**

#### **6. Cíl, design, výzkumné otázky**

Cílem této bakalářské práce je zjistit, zdali klienti dvou terapeutických komunit využívají svoji zkušenost se zanecháním kouření v procesu léčby jejich primární závislosti. Dále je cílem zkoumat, zda, a případně jakou, souvislost vnímají klienti subjektivně mezi zanecháním kouření a zanecháním jiného závislostního chování, případně jaké uplatňují mechanismy a postupy vyrovnávání se s nekouřením, potažmo neužíváním jiných návykových látek. Za další bych chtěla zkoumat, zdali zanechání kouření může posilovat jejich celkovou motivaci k abstinenci a jak vnímají kouření ve vztahu k celkové abstinenci. V neposlední řadě mě zajímají mechanismy vyrovnávání se s léčbou, které klienti uplatňovali při zanechávání kouření, a zdali jim byly užitečné v léčbě primární závislosti.

Výše zmíněné jsem zkoumala prostřednictvím rozhovorů s klienty terapeutických komunit. Ti tvořili výzkumný vzorek. Rozhovor byl polostrukturovaný. Jedná se tedy o kvalitativní přístup ke zkoumanému.

##### **6. 1 Výzkumné otázky**

Abych mohla naplnit cíle této práce, definovala jsem si následující výzkumné otázky.

Hlavní výzkumná otázka zní: Jak využívá klient, který zkoušel zanechat nebo zanechal kouření, mechanismy osvojené tímto zanecháním v léčbě závislosti v terapeutické komunitě?

Vedlejší výzkumnou podotázku, odvislou od hlavní otázky, je: Jaký vliv měla zkušenost se zanecháním kouření na jeho motivaci udržet si celkovou abstinenci?

Druhou hlavní výzkumnou otázku jsem formulovala následovně: Jak klient vnímá užívání tabáku, případně závislost na tabáku, ve vztahu ke zdraví, svému životu, závislosti, a celkové abstinenci?

##### **6. 2 Výzkumný soubor, metody získání a analýzy dat**

Soubor respondentů byl vybrán metodou záměrného institucionálního výběru (Miovský, 2006). Do souboru byli zařazeni ti klienti terapeutické komunity, kteří v současnosti nekouří, a ti, kteří mají zkušenost se zanecháním kouření. Rozhovor jsem vedla celkem s devíti klienty a klientkami terapeutických komunit Karlov a White Light I. V rozhovoru jsem v první části otázkami z Fagerströмова

testu závislosti na cigaretě mapovala míru jejich závislosti. Následně jsem kladla otázky, které zkoumaly jejich zkušenosti s odvykáním kouření a jejich postoje ke kouření.

Vzorek tvořili 2 muži a 7 žen. Věkový průměr respondentů je 24 let (věk nejmladšího byl 17 let). Průměrná doba kouření je 10 a půl roku, přičemž mezi jednotlivými respondenty byly velké rozdíly, nejdéle kouřily dvě respondentky – 19 let, nejkratší dobu kouřily jiné dvě respondentky – 3 roky. Průměrnou dobu, kdy nekouří nebo nekouřili, je obtížné určit vzhledem k několikanásobným pokusům, kdy respondenti nekouřili. Počítám-li s nejdelšími uskutečněnými pokusy, je průměrná doba nekouření 7,9 měsíce, do nejdelších pokusů nekouřit patří spíše ty, které byly uskutečněny mimo terapeutickou komunitu. Budu-li brát v potaz spíše ty pokusy, které nebyly nejdelší, případně se uskutečnily v terapeutické komunitě, je průměrná doba nekouření 1,9 měsíce. V době sbírání dat nekouřily 3 respondentky, přičemž dvě byly těhotné. Ostatní respondenti byli v současnosti kuřáky. Míra jejich závislosti na cigaretě se pohybovala od slabé (2 respondentky) přes středně silnou (3 respondenti) až po silnou závislost (4 respondenti) (Fagerströme, 2012). Jedna respondentka za sebou měla 30 dnů, kdy v terapeutické komunitě nekouřila, a jeden klient, který se rozhodl nekouřit v terapeutické komunitě, nekouřil 1 den. U ostatních respondentů se jejich odvykání od kouření nebo pokusy přestat kouřit děly v minulosti, před nástupem do komunity.

Rozhovory jsem zaznamenala na diktafon, záznamy rozhovorů jsem následně přepsala. Po přepsání rozhovorů jsem je několikrát přečetla. Barevnými fixy jsem v nich vyznačila pasáže, které si byly u jednotlivých respondentů podobné nebo se vztahovaly ke stejnému tématu – tj. kategorie (jako například vnímání závislosti na kouření mimo celkovou abstinenci nebo vnímání relapsu, velkým tématem bylo kouření a zanechávání kouření v prostředí terapeutické komunity). Následně jsem zhotovila pracovní listy, kam jsem výše uvedené kategorie vypsala. Vznikly tak přehledné záznamy o jednotlivých respondentech a o tom, ke které oblasti se vyjádřili a co o ní řekli, jaké je jejich vnímání skutečnosti a jejich zkušenost. Touto analýzou jsem došla k závěru, že u některých respondentů se nevyskytují jevy, které jsem si dala za cíl zkoumat.

V další fázi jsem si stanovila kategorie (trsy), které mi pomohly se zorientovat v získaných datech. Po další obsahové analýze jsem k výzkumným otázkám přiřadila jednotlivé identifikované kategorie, pod něž jsem následně zařadila jednotlivé výroky a názory respondentů a ty dále srovnávala, porovnávala a interpretovala. Metodicky jsem částečně využila obsahovou analýzu, částečně jsem vycházela z interpretativní fenomenologické analýzy (Řiháček, Čermák, Hytych, 2013).

## 6. 3 Etické otázky

Etický rozměr výzkumné práce jsem zvažovala již při výběru samotného tématu. Vědoma si svých limitů, jak osobních, tak profesních, rozhodla jsem se pro téma týkající tabáku, neboť je legální, společensky tolerovaný, jeho užívání je rozšířené a mnohdy součástí všední každodennosti. Proto jsem nepředpokládala, že se během rozhovorů s klienty dostaneme k tématům, která by vyvolávala emoční či jiné stavy, které bych neuměla ošetřit a ohrozila bych tak klienta, i sebe.

Sběr dat probíhal ve 2 terapeutických komunitách, kde jsem byla na týdenních praxích jako studentka adiktologie. Tudiž jsem byla v jednu chvíli jak účastník programu, tak výzkumník, což mohlo mít vliv například na ochotu či neochotu klientů se výzkumu zúčastnit, související například s běžnými lidskými faktory jako jsou sympatie a antipatie, které měly možnost se mezi mnou a klienty vyvinout více, neboť jsem byla zapojena v programu, než kdybych do komunit přijela jako neznámý výzkumník. Zároveň to ale mohlo mít vliv na důvěru, kterou ke mně mohli klienti chovat a nemuseli se ostýchat se výzkumu zúčastnit. V TK Karlov probíhaly rozhovory ve volném čase mém i klientů, proto mohla být rizikem například větší neformálnost setkání. V TK White Light I. mi bylo umožněno vést rozhovory i v době, kdy probíhala pracovní terapie, proto je možné, že někteří klienti se mohli chtít podílet na výzkumu z důvodu vyhnutí se práci.

I přes tyto faktory jsem se snažila ke všem klientům přistupovat stejně profesionálně, s respektem a úctou. Všichni klienti se účastnili výzkumu dobrovolně. Informovaný souhlas se uskutečnil ústní formou. Předně jsem při jednotlivých rozhovorech seznámila klienty s účelem rozhovoru, tématem své práce a předeslala strukturu rozhovoru a setkání. Ujistila jsem klienty, že mohou od rozhovoru odstoupit a nemusejí odpovídat na otázky, které by jim byly nepříjemné, a mohou se ptát v případě nejasností. Zároveň jsem si od všech zúčastněných vždy vyžádala souhlas se záznamem rozhovoru na diktafon. Klientům jsem vždy v závěru rozhovoru dala prostor pro otázky a připomínky.

Někteří klienti tohoto prostoru pro dotazy využili, ale dotazy směřovaly k otázce, co bych jim doporučila, kdyby chtěli přestat kouřit. S některými klienty jsem tedy vedla krátkou intervenci na základě informací, které mi o svých zkušenostech s užíváním tabáku sdělili během rozhovoru, čímž jsem se ocitla v třetí roli – konzultanta pro odvykání kouření. Jako konzultant jsem byla vyškolená v České koalici proti tabáku na intenzivním 50hodinovém školení, zároveň se v této oblasti dále vzdělávám a od března 2015 působím na Lince pro odvykání kouření, proto se domnívám, že jsem pro tuto roli kompetentní. Zároveň jsem všechna doporučení týkající se výhradně zanechávání užívání tabáku, poskytovala podle svého nejlepšího vědomí a svědomí. Nicméně zde vidím prolnutí rolí, kdy jsem informace, které mi klient o sobě sdělil během výzkumného rozhovoru, využila následně při konzultaci. Několikrát se mi nepodařilo tuto dvojroli zvládnout a již



během probíhajícího rozhovoru jsem edukovala klienta například o správném užití nikotinových žvýkaček, pokud například klient zmínil, že žvýkačky užíval a bylo mu z nich špatně. Případně jsem jinak komentovala jejich zkušenosti s odvykáním kouření.

Doznávám, že pro mě bylo obtížné, držet se pouze role výzkumníka, který sbírá data pro svůj výzkum a od klientů si pouze bere. V rámci zachování psychologické rovnováhy jsem měla potřebu „oplatit“ klientovi jeho službu, právě v podobě konzultace odvykání kouření, pokud klient o takovou projevil zájem. Zároveň mi přišlo neetické nevyjádřit se k některým nesnázím, se kterými se klient během odvykání kouření setkal a nevěděl si s nimi rady.

K záznamům rozhovorů a jejich následným přepisům jsem přistupovala jako k nejvýše citlivým a důvěrným dokumentům. Všechna jména klientů jsem vymazala a jména třetích osob, které se případně vyskytovala v jejich vyprávění, jsem změnila, stejně tak všechny informace, podle kterých by bylo možné klienty identifikovat.

## 7. Výsledky

Výsledky analýzy výzkumného souboru předkládám v jednotlivých kategoriích, které jsem vygenerovala v procesu analýzy rozhovorů.

### 7. 1 Jak klient vnímá užívání tabáku, případně závislost na tabáku, ve vztahu ke zdraví, svému životu, závislosti, a celkové abstinenci?

#### 7. 1. 1 Užívání tabáku ve vztahu k životu a závislosti na primární droze

Analýza rozhovorů mě vedla k poznání, že mnozí respondenti nevnímají své užívání tabáku problematicky ve vztahu k životu nebo ve vztahu k závislosti na primární droze. To ilustrují vybrané pasáže z uskutečněných rozhovorů s respondenty.

*„Přijde mi to jako jiná závislost i jiné odvykání. To kouření je víc na očích, víc jsem kouřila, než jsem brala. Je to víc běžné, k té cigaretě nemám takový vztah jako k té droze, nevnímám ji jako drogu. Dá se bez toho normálně žít. Nespojuju kouření s návratem k drogám, myslím si, že s kouřením dokážu přestat, protože se mi to už podařilo, a když nebudu mít důvod kouřit, budu mít třeba u sebe malýho, tak to nebudu potřebovat, tak to dám.“ (R1)*

Vnímání závislosti na tabáku jako slabší v porovnání se závislostí na drogách se vyskytlo ještě u jedné respondentky, která vymezuje rozdílnost života s drogami s životem s cigaretou, který může být zcela obyčejný.

*„Kouřím a fetuju od 12 let. Ale přestat brát drogy je pro mě těžký, přestat kouřit je jako nic. Mám ty drogy spojené hlavně s tím životem. Dobrý, přestaneš kouřit, ale ten styl života jsi měla nějakým způsobem stejný. Ale když bereš drogy, tak ten život je úplně jiný.“ (R4)*

Obě tyto respondenty vykazovaly v Fagerströmově testu závislosti na cigaretě (dále jako FTCD) spíše slabší závislost a společná jim také byla převládající psychosociální složka závislosti na cigaretě (Králíková, 2013), nad fyzickou. Oproti tomu respondenti, kteří podle FTCD vykazovali silnou závislost na cigaretě, popisovali, že vnímají kouření jako silnou drogu, a rovněž si uvědomují, že by bylo dobré přestat kouřit zejména kvůli zdraví, nicméně nezahrnují kouření do svého pojetí o abstinenci.

*„Tabák vnímám mimo celkovou abstinenci. Je pro mě nejsilnější drogou, co*

*se týče odvykání. S tím se prát nechci, protože mi to život neničí. S tabákem jsem schopný dojít do práce. ... Myslím, že bych dokázal přestat, kdyby mě donutily okolnosti, kdyby mi doktor řekl, že jestli budu kouřit měsíc, tak to špatně skončí, tak to už by bylo na pováženou.“ (R2)*

Jeho názor koreluje s názorem (R4), že se závislostí na tabáku zůstává život stejný a člověk v něm zvládá fungovat.

Většina respondentů má společný zájem o udržení především abstinence od drog, (což je i jedna z předpokládaných překážek v léčbě závislosti na tabáku v prostředí adiktologických služeb podle Walsch et al., 2005 – viz kapitola 4.). Zdá se, že nekouřit není pro respondenty většinou důležité, i když jedna respondentka uvažuje o nekouření, v době před plánováním těhotenství.

*„Když uvažuji o nějaké abstinenci venku, kterou bych si chtěla udržet, a dařilo by se mi to, tak já bych chtěla mít dítě. A alespoň rok před tím bych nechtěla kouřit. Takže kdybych abstinovala, tak bych o tom uvažovala.“ (R8)*

Zcela zásadní je ale pro respondenty abstinence od primární drogy.

*„Vím, že cigarety jsou taky droga, ale vnímám to jinak. Chci abstinovat hlavně od pervitinu, trávy a alkoholu, od těch ilegálních látek. Ten tabák a kafe, to budu vlastně strašně rád, když zůstanu jen u těch cigaret, protože v porovnání s tím ostatním jsou to nejmenší.“ (R6)*

*„Když nebudu brát, tak můžu přestat kouřit. Protože drogová závislost je pro mě horší než kouření.“ (R1)*

*„Kouření do toho vůbec nezahrnuju. Být čistá pro mě neznamená nekouřit.“ (R7)*

*„Být čistá pro mě znamená abstinovat od věcí, které mě sem dostaly.“ (R9)*

*„Úplný nekouření mi nedělá dobře, protože když jsem měla takhle chuť na cigaretu, tak mi to rozjždělo i chuť na drogy. Měla jsem v léčbě abstráky po pervitinu, ale abych měla i po nikotinu, to jsem si nemohla dovolit. ... Takže si radši udržuju to kouření, v klidu, abych se cítila dobře, a pracuju s chutěma na drogy.“ (R8)*

Dalo by se konstatovat, že respondenti ve většině nevnímají užívání tabáku problematické ve vztahu k primární závislosti, a právě tu považují za zásadní. Kouření vnímají buď jako součást svého života a nevnímají jí často jako něco, co by chtěli změnit.

## **7. 1. 2 Užívání tabáku ve vztahu ke svému zdraví**

Nezdá se, že by užívání tabáku nevnímali problematicky ve vztahu ke

svému zdraví. Jeden respondent si uvědomuje a vnímá zdravotní rizika, která jsou s kouřením spojená, a uvádí, že právě ohrožené zdraví by pro něj bylo vhodnou motivací k zanechání kouření (R2, viz výše). Jiná respondentka popisovala obtíže, které pociťovala v době, kdy kouřila:

*„V jednu chvíli jsem blbě dejchala, taky ty hleny, bylo mi z toho špatně. A to astma. Chodila jsem běhat a bylo to šílený, ten dech jsem ztrácela.“ (R5)*

Zároveň jako výhody zanechání kouření někteří respondenti uváděli zlepšení zdravotního stavu a pocítění lepší fyzické kondice.

*„Cítila jsem, že jsem něco víc, když jsem nekouřila, že to dokážu. To jsem měla tady i venku, že jsem byla na sebe hrdá, i fyzicky jsem se cítila líp. ... Třeba se mi zlepšila pleť, vlasy, nesmrděla jsem. A lépe se mi dýchalo.“ (R1)*

*„Taky jsem víc cvičila, a když jsem dobíhala autobus, tak jsem cítila, že jsem v lepší fyzické kondici a asi mělo vliv jak že jsem nekouřila, tak to, že jsem víc cvičila... Jsem si vědomá těch dopadů (kouření). Že je horší pleť, zuby, člověk smrdí.“ (R8)*

### **7. 1. 3 Užívání tabáku ve vztahu k celkové abstinenci**

Kromě jedné respondentky, která přestala kouřit v léčbě, vnímala většina respondentů užívání tabáku mimo rámec celkové abstinence. Abstinence pro ně především znamená neužívat primární drogu. Závislost na tabáku někteří nepovažují za závažnou či ohrožující.

*„Když nebudu brát, tak nebudu kouřit. Protože drogová závislost je pro mě horší než kouření.“ (R1)*

*„Kouření do toho vůbec nezahrnuju. Být čistá pro mě neznamená i nekouřit.“ (R7)*

*„Úplný nekouření mi nedělá dobře, když jsem to zkoušela, tak mi to rozjíždělo chutě na drogy. To bylo nad moje síly.“ (R8)*

*„Vím, že cigarety jsou taky droga, ale vnímám to jinak. Chci abstinovat hlavně od pervitinu, trávy a alkoholu, od těch ilegálních látek. Ten tabák a kafe, tak budu vlastně strašně ráda, když zůstanu u těch cigaret, protože v porovnání s ostatním jsou to nejmenší.“ (R6)*

*„To kouření je vedle. Být čistá pro mě znamená abstinovat od věcí, které mě sem dostaly.“ (R9)*

Jedna respondentka uvedla, že po té, co se zbavila všech jiných závislostí, si tu na cigaretách chce ponechat, neboť jí činí radost (R7), u ostatních respondentů se nic jako „ponechání“ alespoň jedné závislosti neprojevovalo.

*„Protože je to něco, co potřebuju, je to takový můj denní rituál, je to něco, co mi pomůže, když jsem nervózní. I se potom víc sblížuju s lidma. A potřebuju nějakou tu závislost, když se všeho zbavím, tak si hledám nějaké další věci, bych mohla, třeba kafe nebo cigarety.“ (R7)*

Další dvě respondentky, které v době vedení rozhovorů nekouřily a zároveň byly těhotné, zahrnovaly užívání tabáku do svého současného pojetí abstinence:

*„Mám sice chuť na cigaretu, třeba když mám nervy, ale vnímám to tak, že kdybych si šla zapálit, tak je to samý, jako kdybych dostala chuť na drogy a šla si dát.“ (R3)*

*„Kdybych začala kouřit, tak to vnímám jako nějakou slabost nebo jako selhání. Jakmile začnu kouřit, tak není něco v pořádku, něco se děje a jsou kolem toho další věci. Nezačnu kouřit jen tak. ... Buď všechno, nebo nic. Takže když začnu kouřit, tak začnu pít, fetovat, všechno. Takže nesmím nic. Ale kdybych si jedno z toho dovolila, tak bych to měla všechno.“ (R4)*

Nicméně u této respondentky jsem analýzou dospěla k tomu, že si v některých tvrzeních odporuje. Na jiném místě rozhovoru totiž vyplynulo, že i v době, kdy nekouří, si ve výjimečných situacích cigaretu zapálí:

*„Já to mám s cigaretama trochu jinak. U alkoholu nebo drog to mám tak, že vím, že kdybych si dala, tak v tom jedu zas, ale u té cigarety to mám tak, že jsem se tady dostala do nějaké stresové situace, kdy jsem si zapálila, ale můžu to udělat, protože vím, že mě to neohrozí, protože si za hodinu nezapálím zase. Za ty dva měsíce, co jsem tady, jsem si zapálila třikrát. A to vždycky když odešel někdo, koho jsem měla hodně ráda. A věděla jsem, že když si zapálím, tak ale nezačnu znovu kouřit, nemusím mít další cigaretu nevím jak dlouho.“ (R4)*

## **7. 2 Jak využívá klient, který zkoušel zanechat nebo zanechal kouření, mechanismy osvojené tímto zanecháním v léčbě závislosti v terapeutické komunitě?**

V rámci odpovědi na hlavní výzkumnou otázku jsem se v celkovém vzorku setkala se třemi respondenty, kteří své zkušenosti se zanecháním kouření zkoušeli využít i ve vztahu k zvládání jiné závislosti.

Jedna respondentka popisuje osvojení si funkčního náhradního řešení v době, kdy přestala kouřit, které potom používala i jako náhradní řešení v jiných situacích, kdy se setkávala s drogou, kterou nechtěla užívat, v tomto případě s marihuanou. Dělo se tak ještě před léčbou v terapeutické komunitě.

*„Cígo pro mě bylo jednak sblížující, jednak i nějaké ohraničení času ve společenských situacích. A tak jsem ho nahradila čajem, byla to taková moje věc,*

*když jsem byla i někde na návštěvě, tak jsem si o ten čaj řekla, taky jsem tím zaměstnala ruce. To byl pro mě důležitý poznatek z toho nekouření.“ (R8)*

Jedna respondentka popisuje, že přestat kouřit pro ni znamenalo i silnější uvědomění, že je to něco, co nepotřebuje. Takové uvědomění pak vztahuje i k primární droze.

*„Kolikrát třeba když jsem začala kouřit znova, tak kolikrát když chci jít, a vlastně ani nechci, tak si říkám, že to vlastně nepotřebuju. A totéž si říkám vzhledem k těm drogám, když mě přepadne chuť, říkám si, že to nepotřebuju.“ (R9)*

Zkušenost se zanecháním kouření a propojenost s vnímáním léčby primární závislosti byly nejvýraznější u respondentky, která jednak vykazovala podle FTCD spíše středně silnou závislost na cigaretě, a zároveň přestala kouřit v léčbě z vlastního přesvědčení.

*„Cítla jsem, že mám tu vůli, začala jsem na sobě vnímat, že když si něco řeknu, tak mám vůli to dodržovat. Řekla jsem si tedy, že tady nebudu kouřit, věděla jsem, že to bude těžký. ... Takže jsem to vnímala tak, že bojuju. A hodně mi to pomůže i s tou vůlí přestat s drogama. Že když jsem přestala kouřit, tak si myslím, že nebude takový problém přestat brát drogy. ... Přestat kouřit je hodně těžký, hodně lidí to srovnává s přestáváním s heroinem. Taky je těžký to, jak je to všude a je to legální. A tím, že já přesto všechno, že kouří lidi kolem mě, že mám cigaretu půl metru ode mě, tak si ji prostě nedám. A ten pohled na ty drogy je jinačí a změnil se, po tom co jsem přestala kouřit. Změnilo se, to, že před tím jsem si myslela, že je to hrozně těžký přestat, že nepřestanu, že kouřím a tím můžu snadno spadnout do hulení a pak i do pervitinu. Ale jak jsem přestala kouřit, tak hulení je pro mě passé, stejně tak pervitin, všechno se ode mě oddálilo. Doufám, že to mám v hlavě srovnaný, brát nechci, věřím, že mám tu vůli, hodně se to změnilo, když jsem přestala kouřit. Bylo to takové uvědomění. ... Kdybych začala znovu kouřit, vnímám to riziko, že bych zrecidivovala. Ted' jsem čistá od všeho, jsem tak spokojená. Lidi říkají, že je důležitý si nechat aspoň jednu závislost, ale já jsem proti, člověk dokáže být nezávislý na ničem, kromě rodiny třeba.“ (R5)*

U této respondentky tedy vedlo zanechání kouření k posílení její vůle ke změně a přesvědčení, že lze nebýt závislý. Zároveň ale může inkluze závislosti na kouření na roven primární závislosti vést k obavě, že zrecidivuje-li tím, že si zapálí-li cigaretu, bude to pro ni riziko. Záleží potom na jejích dovednostech vyrovnat se s relapsem a vytěžit ho jako „aktivní zážitek učení“ (Kalina, 2008).

### **7. 2.1 Zanechání kouření jako prevence relapsu**

Ačkoliv většina respondentů vnímá závislost na tabáku mimo závislost na primární droze a dalších drogách, z jejich výpovědí bylo možné vysledovat, že některé mechanismy vyrovnávání se se závislostí byly podobné. Například ve

vztahu k abstinenci od drog, kde se pracuje s relapsem a prevencí relapsu. Někteří respondenti uváděli, že si nesmí zapálit ani jednu cigaretu, protože by následně začali opět kouřit.

*„Mám sice chuť na cigaretu, třeba když mám nervy, ale vnímám to tak, že kdybych si šla zapálit, tak je to to samý, jako kdybych dostala chuť na drogy a šla si dát. ... Ta závislost na pervitinu a cigaretám má stejný princip. ... Dostávat chuť na kouření a drogy a vyrovnávat se s ní je pro mě stejné. Ale posiluje mě zvládání stresových situací. Vím, že když jsem ve stresu, tak budu mít tendenci si nějak ulevit, třeba kouřením.“ (R3)*

Tato respondentka pracuje s chutí na kouření obdobně jako s chutí na pervitin. Podobnou zkušenost má i jiný respondent, který popisuje svůj relaps.

*„Ve chvíli, kdy jsem začal přemýšlet nad tím, že si tu cigaretu dám, tak mi bylo jasné, že si ji dám. Podobnou situaci jsem zažil i s pervitinem, kdy jsem po léčbě nebral, ale pak mi naskočila myšlenka, začal jsem nad tím perníkem přemýšlet. To mi připomnělo to u té cigarety, že jsem nad tím začal přemýšlet, ale bylo mi trapné si před těma lidma zapálit, stejně jako mi bylo před tím trapné si dát pervitin před kamarádama. Protože jsem říkal, že s tím přestanu. Jak venku, tak tady ty lidi říkali, ať se na to vykašlu, ale já řekl, že si dám jen jedno cigáro, tak to byla stejná situace jako s tím perníkem...“ (R6)*

Respondent nám dává nahlédnout do vlastní zkušenosti s relapsem a do fáze, kdy o relapsu začne nejprve uvažovat, než se uskuteční. Uzavírá potom své vyprávění konstatováním, že

*„ted' vnímám i jednu dávku jako riziko, že začnu brát.“ (R6)*

O relapsu uvažuje i jiná respondentka, která v léčbě přestala kouřit, ale pak se ke kouření vrátila.

*„Přemýšlela jsem nad tím, že jsem vlastně zrelapsovala tím kouřením. Ale myslím si, že když se kousnu, tak dokážu přestat jak s kouřením, tak vůbec se vším, mám docela pevnou vůli. Když nebudu brát, tak můžu přestat kouřit. Protože ta drogová závislost je pro mě horší než kouření.“ (R1)*

Tato respondentka se vrací ke kouření a přenáší svou pozornost na léčbu závislosti na pervitinu a uvažuje, že až se vyrovná s ní, tak může přestat i kouřit.

Jiná respondentka si skrze nekouření osvojila postoj, který dál využívá ve vztahu k drogám.

*„Kolikrát třeba když jsem začala kouřit znova, tak kolikrát když chci jít, a vlastně ani nechci, tak si říkám, že to vlastně nepotřebuju. A totéž si říkám vzhledem k těm drogám, když mě přepadne chuť, říkám si, že to nepotřebuju.“ (R9)*

Podobnost vyrovnání se se závislostí na cigaretě s vyrovnáním se se závislostí na jiné látce někteří respondenti popisují. Nicméně mechanismy, které ve vyrovnávání se používají, mají původ jak ve zkušenosti s odvykáním kouření (R8, R9), tak ve zkušenosti s léčbou primární závislosti (R1, R3, R6).

## **7. 2. 2 Jaký vliv měla zkušenost se zanecháním kouření na motivaci udržet si abstinenci?**

Zvládnutí závislosti na tabáku jako prevence relapsu je podle studií zmiňovaných v teoretické části práce možné. Posílení motivace můžeme uvažovat jen u těch, kteří kouření zanechali, na tuto vedlejší výzkumnou podotázku odpovídá jedna respondentka:

*„Cítala jsem, že mám tu vůli, začala jsem na sobě vnímat, že když si něco řeknu, tak mám vůli to dodržovat. Řekla jsem si tedy, že tady nebudu kouřit, věděla jsem, že to bude těžký. ... Takže jsem to vnímala tak, že bojuju. A hodně mi to pomůže i s tou vůlí přestat s drogama. Že když jsem přestala kouřit, tak si myslím, že nebude takový problém přestat brát drogy. ... Přestat kouřit je hodně těžký, hodně lidí to srovnává s přestáváním s heroinem. Taky je těžký to, jak je to všude a je to legální. A tím, že já přesto všechno, že kouří lidi kolem mě, že mám cigaretu půl metru ode mě, tak si ji prostě nedám. A ten pohled na ty drogy je jinačí a změnil se, po tom co jsem přestala kouřit. Změnilo se, to, že před tím jsem si myslela, že je to hrozně těžký přestat, že nepřestanu, že kouřím a tím můžu snadno spadnout do hulení a pak i do pervitinu. Ale jak jsem přestala kouřit, tak hulení je pro mě passé, stejně tak pervitin, všechno se ode mě oddálilo. Doufám, že to mám v hlavě srovnaný, brát nechci, věřím, že mám tu vůli, hodně se to změnilo, když jsem přestala kouřit. Bylo to takové uvědomění. ... Kdybych začala znovu kouřit, vnímám to riziko, že bych zrecidivovala. Teď jsem čistá od všeho, jsem tak spokojená. Lidi říkají, že je důležitý si nechat aspoň jednu závislost, ale já jsem proti, člověk dokáže být nezávislý na ničem, kromě rodiny třeba.“ (R5)*

Tato respondentka je však jediná z celého vzorku, která nekouření zahrnuje do celkového pojetí abstinence, což může být důvodem, proč má zanechání kouření motivační účinek.

Druhé dvě respondentky, které nekouří, vyjádřily obavu, že se k drogám vrátí, a skutečnost, že nekouří, pro ně protektivně nefungovala. Tyto dvě respondentky nevnímají kouření jako závislost, která by je ohrožovala. Zanechání kouření pro ně proto patrně neznamenal posílení jejich víry, že uspějí v léčbě primární závislosti.

*„Kdybych si dala perník, tak bych si šla hned zakouřit... To k tomu tak nějak patří... Vůbec si nemyslím, že když jsem zvládla nekouřit, tak zvládnu i abstinovat.“*



*Já mám hrozný strach, že se vrátím k drogám. “ (R3)*

*„Kdybych se vrátila k drogám, tak určitě kouřím. A kdybych začala kouřit, tak to vnímám jako nějakou slabost nebo jako selhání. Jakmile začnu kouřit, tak není něco v pořádku, něco se děje a jsou kolem toho další věci. Nezačnu kouřit jen tak, musí tam být problém. “ (R4)*

Vedle toho posílení motivace k udržení celkové abstinence popisovala i respondentka, která v současnosti kouří, a má zkušenost se zanecháním kouření, a i když se ke kouření vrátila, tak skutečnost, že se jí podařilo na čas přestat, posílila její sebevědomí.

*„Myslím, že když se kousnu, tak dokážu přestat, jak s kouřením, tak vůbec se vším, mám docela pevnou vůli. “ (R1)*

### **7. 3 Zanechání kouření jako ohrožení léčby primární závislosti**

Analýzou jsem dospěla k této kategorii, jejímž obsahem byly obavy klientů o ohrožení léčby. Respondenti, kteří uvažují o zanechání kouření, zároveň uvádějí nevhodnost činit tak v čase, který si vymezili pro vyrovnávání se se svou primární závislostí, neboť se mohou odklánět od léčby či si případně způsobovat craving po primární droze.

Respondentka, která v léčbě měsíc nekouřila, ale následně se ke kouření vrátila, popisuje svou zkušenost následovně.

*„Přestanu kouřit, až se na to budu víc cítit. Když jsem říkala na skupině, že tři týdny nekouřím, tak mi to říkali i terapeuti, že bych se měla spíš soustředit na ty drogy, že není lehké přestat se vším naráz. Asi jsem si dávala moc velké cíle, říkala jsem si, že budu chodit cvičit každý den a že přestanu kouřit a měla jsem tím na sebe moc velké nároky. A byla jsem z toho dost nervózní a rozhozená. “ (R1)*

Jiná respondentka má zkušenost, že chuť na cigaretu jí může spustit chuť na drogy.

*„Úplný nekouření mi nedělá dobře, protože když jsem měla takhle chuť na cigaretu, tak mi to rozjíždělo i chuť na drogy. Měla jsem v té léčbě (v minulé léčbě) abstíaky po pervitinu, ale abych měla i po nikotinu, tak to jsem si nemohla dovolit. To by bylo nad moje síly. Dokázala jsem to nějak omezit, takže jsem nějak pracovala s těma chutěma, že jsem si dala to cigáro třeba až hodinu po programu, ale úplně to odbourat, to bych se bála. “ (R8)*

Nezvladatelná chuť na drogu patří mezi abstinenční příznaky (Nešpor, 2011) a lze s ní pracovat jednak terapeuticky, a zároveň ji lze pozitivně ovlivnit vhodně zvolenou náhradní nikotinovou terapií či užíváním vareniklinu (Fiore, 2000). Nicméně po zmírnění abstinenčních příznaků stále zůstává možné vyvolávání chutí

pobytem s ostatními kuřáky na kuřárně, případně může být pro klienta nepříjemné, když se jako nekuřák neúčastní setkání na kuřárně a je mimo dění – návrat ke kouření může způsobit větší stmelení se skupinou:

*„Pak se mi líbilo, že zase kouřím, protože jsem se vrátila do dění, tím jak jsem nekouřila, jsem byla úplně odstrčená. ... Ostatní mi potom, co jsem zase začala kouřit, říkali, že jsou rádi, že jsem zase s nimi na kuřárně a víc si s nimi povídám.“ (R1)*

## **7. 4 Postoje ke kouření v terapeutické komunitě: výhody a nevýhody zanechávání kouření v terapeutické komunitě**

V terapeutických komunitách Karlov a White Light I, ve kterých proběhl sběr dat, mohou klienti kouřit pouze na určeném místě, tedy na kuřárně mimo obytné prostory. Nyní popíšu, jak kuřárny v komunitách vypadají, neboť to, jak dané místo vypadá, mi přijde významné ve vztahu ke skutečnostem, o jejichž popis a porozumění se v této práci snažím. V Karlově mají klienti vlastní kuřárnu, kde s nimi není terapeut nebo terapeuti, kuřárna je prostranství mezi domem, kde klienti bydlí a hospodářským stavením, přibližně uprostřed velkého dvora, jsou tam stoly a lavičky nebo židle. Ve WLI je kuřárna společná pro klienty i terapeuty a nachází se v prostoru terasy, která přiléhá k domu. I zde jsou stoly, lavice a židle, na rozdíl od kuřárny v Karlově je tato kuřárna zastřešená.

Podrobněji kuřácký status jednotlivých respondentů popisují výše, nicméně většina z nich byla v době sběru dat kuřáky. Tři respondenti měli zkušenost, jak s nekouřením v komunitě, tak s nekouřením mimo komunitu. Z jejich úst zaznívalo, že přestat kouřit v komunitě je obtížné.

*„Zjistil jsem, že jak tady všichni kouří, tak je hrozně těžký tady přestávat.“ (R6)*

Dvě respondentky shodně popisovaly, že nekouřit v komunitě je pro ně obtížnější než nekouřit „venku“. Tyto respondentky zmiňují chuť na cigaretu nebo chuť o cigaretu požádat.

*„Odvykání venku nebylo obtížné, to jsem nebyla s lidma, kteří kouří, s lidma, co nechodí na kuřárnu, ale tady (v komunitě) to bylo horší.“ (R1)*

*„Tady je to kouření z nudy, nebo protože všichni kouří, takže bych si kolikrát, když sedím na kuřárně, normálně bych si nezapálila, ale mám tendenci si říct o cigaretu. Neudělám to, protože jsem těhotná, a řeknu si, že tu cigaretu nepotřebuju a bylo by to kouření na sílu.“ (R4)*

Nutnost vyrovnávat se s cravingem způsobeným kuřáckým prostředím

popisuje i respondentka, která v současnosti nekouří.

*„Ze začátku mi nevadilo být na kuřárně, ale postupně mi to začalo vadit, měla jsem nepříjemné pocity, jakoby chutě na cigaretu. ... Taky jsem se začala bát, že se straním skupině, protože jsem s nimi nebyla na kuřárně, protože jsem měla chutě na cigaretu. A kouřit jsem nechtěla.“ (R5)*

Ve výpovědích respondentů se opakovaně objevuje vztahování se ke skupině prostřednictvím kouření. A případné oddalování se od skupiny nekouřením.

*„Mrzí mě, že hodně lidí se seznamuje díky cigaretám, třeba ta nová holčina, jak přišla, tak taky kouří a baví se s těma lidma. A já ne, protože nekouřím, nechci tam s nimi být, je mi tam zima a smrdí to. To mě trochu trápí, protože se cítím trochu dál od té skupiny, protože všichni kouří. A já jsem jediná, nemyslím to doslova, ale ta černá ovce, a oni jsou pospolu a já jsem si šla za něčím svým. A přitom je to dobře.“ (R5)*

Tato respondentka popisuje pocit vzdálenosti od skupiny, neboť nekouří, jiná respondentka popisuje společný návrat ke kouření a ke skupině.

*„Pak se mi líbilo, že zase kouřím, protože jsem se vrátila do dění, tím jak jsem nekouřila, jsem byla úplně ostrčená. ... Ostatní mi potom, co jsem zase začala kouřit, říkali, že jsou rádi, že jsem zase s nimi na kuřárně a víc si s nimi povídám.“ (R1)*

Respondentky, které jsou anebo budou matkami, uváděly, že jim vadí, když se matky v komunitě hádají ohledně pauz na kouření a dávají přednost kouření před hlídáním dětí.

*„Vadí mi, že ty matky dávají někdy přednost kouření před tím, aby byly s dětmi.“ (R3)*

*„Vadí mi, jak jdou všichni radši kouřit, než aby byly s dětma, na to jsem úplně vysazená.“ (R4)*

Klientka, která přestala v komunitě kouřit, měla pro tuto situaci řešení:

*„Jak jsem tam viděla ty matky, jak tam pořád chodí a dohadují se, kdo bude hlídat, a kdo si půjde zakouřit, tak jsem si říkala, že budu normální a budu ty děti hlídat, aby se matky nemusely hádat.“ (R1).*

Velkou motivací pro nekouření je u těchto respondentek právě přítomnost jejich dítěte v komunitě.

*„Nevím, jak bych to měla, kdybych nebyla těhotná, možná bych si také řekla, že nebudu kouřit, protože Maruška mě nezná s cigaretama a mě to kouření vadí. ... Před ní vůbec nekouřím, to bych se styděla. Někdy, když jdou ostatní mámy*

*kouřit, tak ke mně přijde, hladí mě po hlavě a říká 'maminko, ty nekouříš'.“ (R4)*

*„Ani mi nevadilo, že tam všichni kouří a já jsem jediná, kdo nekouří. Protože jsem si pořád myslela, že budu mít u sebe malýho. To pro mě byla velká motivace. ... A také aby to dítě nebylo u toho kouře, a nemuselo to dýchat. Mně to vadí, a přijde mi to ošklivý, když ten kouř cítím sama, natož když to má dýchat to dítě.“ (R1)*

*„Přestala jsem kouřit kvůli těhotenství. ... To dítě mě v tom utvrdilo. Když jsem otěhotněla, tak jsem brala, a už nechci tomu dítěti škodit.“ (R3)*

V terapeutické komunitě, kde je skupina hlavním nástrojem, je důležité, aby byla taková skupina soudržná. Pokud taková není, může to být ohrožující jak pro skupinu jako celek, tak pro jednotlivce. Být vyčleněn ze skupiny svým nekuřáctvím může být pro klienty ohrožující i v tom smyslu, že jejich snaha nekouřit jim odvádí pozornost od léčby jako takové. S takovým postojem se setkala respondentka, která přestala v komunitě kouřit na jeden měsíc:

*„Přestanu kouřit, až se na to budu víc cítit. Když jsem říkala na skupině, že tři týdny nekouřím, tak mi to říkali i terapeuti, že bych se měla spíš soustředit na ty drogy, že není lehké přestat se vším naráz. Asi jsem si dávala moc velké cíle, říkala jsem si, že budu chodit cvičit každý den a že přestanu kouřit a měla jsem tím na sebe moc velké nároky. A byla jsem z toho dost nervózní a rozhozená.“ (R1)*

Více se problému zanechání kouření jakožto ohrožení léčby věnuji výše.

## 8. Diskuse

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jak vnímají klienti terapeutických komunit svou vlastní zkušenost se zanecháním kouření a zda může být tato zkušenost pro klienta výhodná například v procesu jeho léčby ze závislosti na primární droze anebo při práci s relapsem a zároveň přispět k posílení jeho motivace pro celkovou změnu životního stylu.

V první řadě bylo problematické získat základní soubor respondentů, neboť mezi klienty terapeutických komunit nebylo v době, kdy jsem je navštívila, mnoho těch, kteří by měli zkušenost se zanecháním kouření. V této fázi výzkumu jsem se potýkala hlavně s reflexí výběru tématu této práce a došla jsem k závěru, že by bylo možná užitečnější zkoumat samotný postoj k užívání tabáku.

Dále je třeba zvážit, zdali výsledky mého šetření neovlivnily další faktory. Předně vidím problematiku svou dvojroli při vedení rozhovorů, kdy jsem vedla rozhovor z pozice výzkumníka, nicméně jsem se někdy dopouštěla konzultantských přesmyků. Dále hodnotím problematiku skutečnost, že otázky byly pro některé klienty nesrozumitelné a musela jsem je vysvětlovat, opisovat použitím příkladů, a mohlo tak dojít k nedorozumění a neporozumění, ačkoliv jsem se zpětným doptáváním tomu snažila předejít. Připouštím také, že některým respondentům jsem kladla návodné otázky, aniž bych si to uvědomovala. Toho jsem si všimla až při přepisování rozhovorů, proto jsem se snažila odpovědi na návodné otázky nezahrnovat do analýzy. Zároveň není možné prohlédnout, do jaké míry byly validní informace, které mi respondenti sdělovali a jaká je reliabilita těchto informací. Je možné uvažovat o tom, že klienti mluvili tak, jak předpokládali, že chci, aby mluvili.

V neposlední řadě na výsledky práce může mít vliv můj subjektivní bias skutečnosti provázející celou práci od výběru tématu přes práci se zdroji, výběr otázek pro rozhovor, samotné vedení rozhovoru s klienty až po následnou analýzu a sepsání práce. Všechny tyto kroky umožňovaly prostor pro zkreslení poznání pod vlivem mé osobní historie, zkušeností, znalostí a dalších faktorů, kterých si na vědomé úrovni nejsem vědoma. Domnívám se, že některým z těchto zkreslení by se dalo předejít po získání více zkušeností v oblasti výzkumné práce.

Vedle toho výsledky kvalitativního šetření nemohu vztahovat na širší populaci a byla bych nerada, kdyby to tak vyznělo, na následujících řádcích proto přináším revizi toho, k jakým výsledkům jsem došla analýzou rozhovorů a jaké odpovědi jsem získala na mnou stanovené výzkumné otázky.

Jednou z hlavních výzkumných otázek bylo, jak klient vnímá užívání tabáku, případně závislost na tabáku, ve vztahu ke zdraví, svému životu, závislosti, a celkové abstinenci. Většina klientů považovala užívání tabáku za méně problematické než užívání drog. Závislost na tabáku pro ně nebyla primárním

problémem, kterým by se v léčbě závislosti chtěli zabývat. Užívání tabáku proto i většinou vylučovali z představy o komplexní abstinenci, ta pro ně zahrnovala povětšinou drogy, kvůli kterým se ocitli v terapeutické komunitě. V návaznosti na tento postoj respondenti většinou neviděli jako problematické užívání tabáku ve vztahu k primární závislosti, nicméně problematičnost ve vztahu ke zdraví si připouštěli. Shodně vnímali pozitivní dopady zanechání kouření právě v oblasti zdraví.

Druhou hlavní výzkumnou otázkou bylo, jak využívá klient, který zkoušel zanechat nebo zanechal kouření, mechanismy osvojené tímto zanecháním v léčbě závislosti v terapeutické komunitě. Využívání zkušenosti se zanecháním kouření v léčbě primární závislosti se ukázalo u jedné respondentky, která přestala kouřit v léčbě z vlastního přesvědčení. Jedna respondentka využívala ve vztahu k jiným návykovým látkám náhradní řešení, které si osvojila v době, kdy přestala kouřit, dělo se tak ještě v době před nástupem do terapeutické komunity, a zároveň toto náhradní řešení v léčbě primární závislosti nevyužívá. Jedna respondentka si v době nekuření osvojila postoj, že kouření nepotřebuje, který nyní vztahuje i k primární droze. U dalších respondentů se tento mechanismus objevil naopak – v léčbě primární závislosti objevili postoj nebo mechanismus, který využívali ve vztahu k nekuření, nebo se neobjevil vůbec. Domnívám se, že mnozí z klientů terapeutických komunit, kteří se v budoucnosti rozhodnou přestat kouřit, budou moci využívat právě mechanismy, které si osvojili v léčbě své primární závislosti.

S touto domněnkou souvisí motivace, která byla tématem výzkumné podotázky, znějící, jaký vliv měla zkušenost se zanecháním kouření na klientovu motivaci udržet si celkovou abstinenci? Odpověď na ni jsem identifikovala u dvou respondentek, které přestaly kouřit v léčbě a shodně uváděly, že si nyní více věří, že zvládnou přestat užívat i primární drogy, nebo že se k jejich užívání nevrátí, právě proto, že zvládly přestat kouřit (i přesto, že se jedna z těchto respondentek ke kouření vrátila).

Někteří respondenti uváděli, že během léčby primární závislosti se nechtějí potýkat s odvykacím stavem a cravingem po cigaretě v případě, že by přestali. Domnívám se však, že kdyby byla v terapeutické komunitě nabízena intervence pro uživatele tabáku v kombinaci s vhodnou farmakoterapií, nemuselo by pro ně být odvykání subjektivně nepříjemné a neznamenovalo by ohrožení v podobně cravingu, který může vést ke cravingu po primární droze.

Domnívám se, že hlavní cíl této práce se mi podařilo naplnit, i když na základě tohoto výzkumu nelze stanovit hypotézu, že by klienti využívali zkušenost se zanecháním kouření v léčbě primární závislosti. Zdá se, že ve zkoumaných komunitách jde spíše o individuální fenomén, který se vyskytuje v menším měřítku. K tomu ale může přispívat i postoj pracovníků obou komunit a chybějící nabídka programu motivujícího klienty k zanechání kouření.

Pro další výzkum bych nacházela žádoucím zkoumat samotný postoj klientů k užívání tabáku. Zároveň v českém prostředí postrádám výzkum, který by se věnoval postojům pracovníků služeb k léčbě závislosti na užívání tabákových výrobků a vůbec jejich postoj k jejich užívání.

## IV. Závěr

Na začátku této práce, kterou jsem nazvala *Vnímání vlastní zkušenosti se zanecháním kouření ve vztahu k léčbě primární závislosti: kvalitativní výzkum mezi klienty terapeutických komunit* byl předpoklad, že osobní zkušenost s odvykáním kouření může být pro klienta užitečná, a to zejména osvojením mechanismů, které dále využívá při prevenci relapsu ke své primární droze.

Se záměrem zkoumat tento předpoklad jsem si stanovila několik výzkumných otázek. Těmi bylo, jak klienti v terapeutické komunitě vidí užívání tabáku ve vztahu ke svému zdraví, životu a primární závislosti a komplexní závislosti. Dále jak svou zkušenost se zanecháním kouření využívají v léčbě závislosti a zdali tato zkušenost posiluje jejich motivaci v udržení abstinence.

Výzkumný vzorek tvořili klienti dvou terapeutických komunit, kteří mají zkušenost s odvykáním kouření. Rozhovory, které jsem s nimi vedla, jsem následně podrobila kvalitativní analýze, jejímž výsledkem je následující: klienti nevnímali užívání tabáku jako závislost, kterou by se chtěli nyní zabývat, důležité pro ně bylo soustředit se na závislost na drogách, od těch také chtěli abstinovat především. Užívání tabáku většinou nezahrnovali do celkového pojetí abstinence. Někteří klienti uváděli zlepšení zdravotního stavu po zanechání kouření. Využívání své zkušenosti se zanecháním kouření ve vztahu k léčbě a posílení motivace pro udržení abstinence se ukázalo u jedné respondentky. Zajímavým shledávám, že ti respondenti, kteří zkoušeli přestat kouřit v terapeutické komunitě, uváděli tento pokus subjektivně obtížnější, než předchozí pokusy mimo komunitu, z důvodu kuřáckého prostředí.

Tento výzkum nelze považovat za reprezentativní. Mohu předpokládat, že využívání zkušenosti s odvykáním je spíše okrajovým fenoménem, a spíše předpokládám, že klienti budou v budoucnosti využívat mechanismy osvojené při léčbě v terapeutické komunitě při svých dalších pokusech přestat kouřit, pokud k nim dojde.

Nicméně podle zahraničních studií se ukazuje, že zahrnutí léčby závislosti na tabáku do léčebného kontinua je možné (Konicki, 2006) a že klienti z něj mohou profitovat z pohledu zdravotního a dále i snížením počtu budoucích relapsů (Cooney, 2015; Hall, Prochaska, 2009; Prochaska et al., 2004). Pro další výzkum shledávám zajímavým zkoumat postoje samotných adiktologických zařízení k užívání tabáku a k zahrnutí léčby závislosti na tabáku do léčebného kontinua., které se zaměřuje na klienty se závislostní diagnosou, jaký byl v minulosti zrealizován v oblasti detoxifikačních zařízení (Popov, 2013).



## V. Literatura

- Adameček, D., Radimecký, J. (2015). *Terapeutická komunita v adiktologii*. In Kalina, K. et al. *Klinická adiktologie*. Kapitola 25. Grada. Praha. ISBN 978-80-247-4331-8
- Anders, M., Štěpánková, L. (2013). *Kouření a psychiatrie*. In Králíková, E. et al. *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. Kap. 6.19. Adamira, s.r.o. Břeclav. ISBN 978-80-904217-4-5
- Bowman, J., Stockings, E. A., (2012). *Smoking cessation for hospitalised patients: intensive behavioural counselling started in hospital and continued after discharge increases quit rates; with additional benefit from adding nicotine replacement therapy*. Evidence Based Nursing;5:CD001837. doi: 10.1136/eb-2012-100890
- Brandon, T. H., et al. (2016). *Extended Self-Help for Smoking Cessation*. A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Preventive Medicine*;51(1):54–62
- Brandt, A. M. (2006). *Umělé vytváření sebedůvěry zákazníka ve 20. století*. In Gilman, S. L, Xun, Z. *Příběh kouře člověk a kouření od úsvitu dějin až po současnost*. Dybbuk. Praha. ISBN 80-86862-23-2
- Cahill, K., Stevens, S., Petera, R., Lancaster, T. (2013). *Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 5. Art. No.: CD009329. DOI: 10.1002/14651858.CD009329.pub2.
- Carr, A. (1991). *Sbohem cigareto (nekuřákem snadno a rychle)*. Pen Design & Publishing a Pragma. ISBN 80-85213-11-7
- Cheung, Y. T. D., Chan, C. H. H., Lai, C.-K. J., Chan, W. F. V., Wang, M. P., Li, H. C. W., ... Lam, T.-H. (2015). *Using WhatsApp and Facebook Online Social Groups for Smoking Relapse Prevention for Recent Quitters: A Pilot Pragmatic Cluster Randomized Controlled Trial*. *Journal of Medical Internet Research*, 17(10), e238. <http://doi.org/10.2196/jmir.4829>
- Cooney, N. L., et al. (2015). *Concurrent Alcohol and Tobacco Treatment: Effect on Daily Process Measures of Alcohol Relapse Risk*. *Consult Clinical Psychology*. ; 83(2): 346–358. doi:10.1037/a0038633
- Corrigan, P. W. (2006). *Marlboro Man a stigma kouření*. In Gilman, S. L, Xun, Z. *Příběh kouře člověk a kouření od úsvitu dějin až po současnost*. Dybbuk. Praha. ISBN 80-86862-23-2
- Csémy, L., Sovinová, H., Kernová, V. (2014). *Užívání tabáku a alkoholu v České republice: Zpráva o situaci za období posledních deseti let*. Státní zdravotní ústav. Praha. ISBN - 978-80-7071-335-8
- Csémy, L., Sovinová, H., (2016). *Užívání tabáku v České republice 2015*. Státní zdravotní ústav. Praha. Výzkumná zpráva.
- Etter, j.-f., Ussher, m., Hughes, j.h., (2012). *A test of proposed new tobacco withdrawal symptoms*. Society for the Study of Addiction. *Addiction*, 108, 50-59. doi:10.1111/j.1360-0443.2012.03981.x
- Fagerström, k., (2012). *Determinants of Tobacco Use and Renaming the FTND to the Fagerström Test for Cigarette Dependence*. *Nicotine & Tobacco Research*, Volume 14, Number 1 (January 2012) 75–78
- Fiore, M. et al. (2000). *Treating Tobacco Use and Dependence*. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. [www.surgeongeneral.gov/tobacco/default.htm](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/default.htm).
- Francínek, F. (2012). *Bakalářská práce. Co, jak a proč připravit, zpracovat, napsat a*

- zhodnotit (obhájit)*. Ingenio et Arti s.r.o. Praha. ISBN 978-80-905287-1-0
- Gilman, S. L., Xun, Z. (2006). *Příběh kouře člověk a kouření od úsvitu dějin až po současnost*. Dybbuk. Praha. ISBN 80-86862-23-2
- Hajek, P., McRobbie, H., Myers, K., (2013). *Efficiency of cytisine in helping smokers quit: systematic review and meta-analysis*. Thorax; 68:1037–1042. doi:10.1136/thoraxjnl-2012-203035
- Hall, S. M., Prochaska, J. J. (2009). *Treatment of Smokers with Co-Occurring Disorders: Emphasis on Integration in Mental Health and Addiction Treatment Settings*. Annual Review Clinical Psychology; 5: 409–431. doi:10.1146/annurev.clinpsy.032408.153614.
- Hatsukami, D. K. (1999) *Targeting treatments to special populations*. Nicotine & Tobacco Research (1999) 1, S195–S200
- Hilton, M. (2006). *Kouření a sdružování se*. In Gilman, S. L, Xun, Z. Příběh kouře člověk
- Hodačová, L., Čermáková, E., Šmejkalová, J., Hlaváčková E. , Kalman M. (2015). *Prevalence kouření v populaci českých dětí*. Praktický Lékař 2015; 95(4): 148–153
- Hughes, J. R., Peters, E. N., Naud, S. (2008). *Relapse to smoking after 1 year abstinence: A meta analysis*. Addictive Behaviors 33; 1516–1520 doi:10.1016/j.addbeh.2008.05.012
- Hughes, J. R., et al. (1992). *Smoking Cessation Among Self-Quitters*. Health Psychology;11(5), 331-334
- Hunt, J. J, Cupertino, A. P., Garrett, S., Friedmann, P. D., Richter, K. P. (2012). *How is tobacco treatment provided during drug treatment?* Journal of Substance Abuse Treatment; 42, 4 – 15 doi:10.1016/j.jsat.2011.06.007
- Jedličková, A. (2013). *Kouření a mikrobiologie*. In Králíková, E. et al. Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba. Kap. 6.2. Adamira, s.r.o. Břeclav. ISBN 978-80-904217-4-5
- Kalina, K., et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Grada. Praha. ISBN 978-80-247-4331-8
- Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Grada. Praha. ISBN 978-80-247-2449-2
- Kindl, T. (2013). *Legislativa kontroly tabáku v ČR*. In Králíková, E. et al. Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba. Kap. 9.8. Adamira, s.r.o. Břeclav. ISBN 978-80-904217-4-5
- Konicki, P. E. (2006.) *Integrating tobacco treatment and abuse substance day programs*. In Department of Veterans Affairs. Integrating Tobacco Cessation Treatment into Mental Health Care. Veterans Health Administration. Conference summary, May 4-5.
- Kostecká, L., Králíková, E. (2013). *Kouření a sociální souvislosti*. In Králíková, E. et al. Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba. Kap. 2.12. Adamira, s.r.o. Břeclav. ISBN 978-80-904217-4-5
- Králíková, E. et al. (2015). *Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku*. Vnitřní Lékařství; 61(5, Suppl 1): 1S4–1S15
- Králíková, E., Kmetřová, A. (2013). *Kouření je politická nemoc*. Časopis Lékařů českých; 152: 240–243
- Králíková, E., et al. (2013). *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. Adamira, s.r.o. Břeclav. ISBN 978-80-904217-4-5
- Králíková, E. (2015). *Závislost na tabáku*. In Kalina, K. et al. Klinická adiktologie. Kapitola 30. Grada. Praha. ISBN 978-80-247-4331-8
- Králíková, E., Kozák, J. T. (1997). *Jak přestat kouřit*. Maxdorf s.r.o. Brno. ISBN 80-85800-62-4
- Krtíl, J., Zima, T. (2013). *Nikotin a tabákový kouř – vybrané biochemické aspekty*. In Králíková, E. et al. Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba. Kap. 4.1. Adamira, s.r.o. Břeclav. ISBN 978-80-904217-4-5

- Kukaňová, R. (2014). *Léčba dvojí závislosti na alkoholu a nikotinu v podmínkách ústavního léčení z perspektivy klientů*. Universita Karlova v Praze. 1. lékařská fakulta. Diplomová práce. Vedoucí práce: doc. MUDr. Kamil Kalina, Csc. Praha.
- Leaviss, J., Sullivan, W., REN, S., Everson-Hook, E., Stevenson, M., Stevens, J. W., Strong, M., Cantrell, A. (2014). *What is the clinical effectiveness and cost-effectiveness of cytisine compared with varenicline for smoking cessation? A systematic review and economic evaluation*. Health Technology Assessment 2014;18(33 DOI: 10.3310/hta18330
- Martinove, M. (2015). *Závislosti v DSM-5*. Psychiatria pre prax; 16(1): 6–8
- Meijer, E. et al. (2016). *Socio-economic status in relation to smoking: The role of (expected and desired) social support and quitter identity*. Social Science and Medicine;162, 41e49
- Mezinárodní zdravotnická organizace. (2008). *Mezinárodní klasifikace nemocí. Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Desátá revize*. Aktualizovaná verze k 1. 4. 2014. Ženeva. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Praha. ISBN: 978-80-904259-0-3
- Michalcová, J., Feyreisl, J. (2013). *Kouření a reprodukce*. In Králíková, E. et al. *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. Kap. 6.17. Adamira, s.r.o. Břeclav. ISBN 978-80-904217-4-5
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada. Praha. ISBN 80-247-1362-4
- Mravčík et al., (2015). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014*. Praha. Úřad vlády ČR. ISBN 978-80-7440-134-3
- Nešpor, K., (2011). *Návykové chování a závislost*. Portál. 4. vydání., Praha. ISBN 978-80-7367-908-8
- Pavlovská, A., Minařík, J. (2015). *Substituční léčba závislosti*. In Kalina, K. et al. *Klinická adiktologie*. Kapitola 20. Grada. Praha. ISBN 978-80-247-4331-8
- Perlík, F. (2013). *Lékové interakce a kouření*. In Králíková, E. et al. *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. Kap. 6.30. Adamira, s.r.o. Břeclav. ISBN 978-80-904217-4-5
- Petanová, J. (2013). *Kouření a imunitní systém*. In Králíková, E. et al. *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. Kap. 6.3. Adamira, s.r.o. Břeclav. ISBN 978-80-904217-4-5
- Piasecki, T. M. (2006). *Relapse to smoking*. Clinical Psychology Review 26 (2006) 196 – 215 doi:10.1016/j.cpr.2005.11.007
- Popov, P. (2013). *Závislost na tabáku mezi jinými závislostmi*. In Králíková, E. et al. *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. Kap. 6.20. Adamira, s.r.o. Břeclav. ISBN 978-80-904217-4-5
- Prochaska, J. J., Das, S., Benowitz, N.L., (2013). *Cytisine the world's oldest smoking cessation aid*. British Medical Journal. 347:f5198 doi: 10.1136/bmj.f519
- Prochaska, J. J., Reyes, R. S., Schoeder, S. A., Daniels, A. S., Doederlein, A., Bergeson, B. (2011). *An online survey of tobacco use, intentions to quit, and cessation strategies among people living with bipolar disorder*. Bipolar Disord: 13: 466–473. doi: 10.1111/j.1399-5618.2011.00944.x
- Prochaska, J. J., Deluchi, K., Hall, S. M. (2004). *A Meta-Analysis of Smoking Cessation Interventions With Individuals in Substance Abuse Treatment or Recovery*. Journal of Consulting and Clinical Psychology; 72, 6, 1144 –1156 DOI: 10.1037/0022-006X.72.6.1144
- Roberts, N. J., Kerr, S. M., Smith, S. M. S., (2013). *Behavioral interventions associated*

- with smoking cessation in the treatment of tobacco use.* Health Services Insights. :6 79–85 doi: 10.4137/HSI.S11092
- Rogers, E. R., et al. (2016). *Telephone smoking-cessation counseling for smokers in mental health clinics. A patient-randomized controlled trial.* American Journal of Preventive Medicine; 50(4):518–527
- Rosolová, H. (2013). *Kouření a diabetes mellitus.* In Králíková, E. et al. Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba. Kap. 6.6. Adamira, s.r.o. Břeclav. ISBN 978-80-904217-4-5
- Řiháček, T., Čermák, I., Tyhych, R., et al. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy.* Masarykova univerzita. Brno. ISBN 978-80-210-6382-2
- Scherman, S. (2006). *Orientation to the VA/DOD practice guideline, recommendations for tobacco cessation treatment.* In Department of Veterans Affairs. Integrating Tobacco Cessation Treatment into Mental Health Care. Veterans Health Administration. Conference summary, May 4-5.
- Simon, R., Donmall, M., Hartnoll, M., Kokkevi, A., Ouehand, A. W., Stauffacher, M., Vicente, J. (1999). *The EMCDDA/Pompidou Group Treatment Demand Indicator Protocol: A European Core Item Set for Treatment Monitoring and Reporting.* European Addiction Research. ;5:197–207
- Stewart, C. (1999). *Investigation of cigarette smokers who quit without treatment.* Journal of Drug Issues; 29(1), 167-186.
- Špičák, V. (2013). *Kouření a alergie.* In Králíková, E. et al. Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba. Kap. 6.4. Adamira, s.r.o. Břeclav. ISBN 978-80-904217-4-5
- Štěpánková, L., Anders, M. (2013). *Kouření a psychiatrie.* In Králíková, E. et al. Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba. Kap. 6.19. Adamira, s.r.o. Břeclav. ISBN 978-80-904217-4-5
- Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku. (2016). *Centra pro závislé na tabáku* [Online]. Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku. Available: HYPERLINK "http://www.slzt.cz/centra-lecby" <http://www.slzt.cz/centra-lecby> [Accessed 10 July 2016].
- Společnost pro prevenci nemocí. (2016). *Balení a ceny Champixu* [Online]. Odborný garant - Společnost pro prevenci nemocí. Available: HYPERLINK "http://www.champix.cz/baleni-a-ceny?confirm\_rules=1" [http://www.champix.cz/baleni-a-ceny?confirm\\_rules=1](http://www.champix.cz/baleni-a-ceny?confirm_rules=1) [Accessed 7 July 2016] | ISSN 1803-8204
- Taylor, G., McNeill, A., Girling, A., Farley, A., Lindson-Hawley, N., Aveyard, P. (2014). *Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta analysis.* British Medical Journal; 348:g1151 doi: 10.1136/bmj.g1151
- Uppal, N., Shahab, L., Britton, J., Ratschen, E. (2013). *The forgotten smoker: a qualitative study of attitudes towards smoking, quitting, and tobacco control policies among continuing smokers.* BMC Public Health, 13:432 doi:10.1186/1471-2458-13-432
- Walsh, R. A., Bowman, J. A., Tzelepis F., Lecathelinais, C. (2005). *Smoking cessation interventions in Australian drug treatment agencies: a national survey of attitudes and practices.* Drug and Alcohol Review. 24, 235 – 244, ISSN 1465-3362 online/05/030235–10, DOI: 10.1080/09595230500170282
- Welshman, J. (2008). *Kouření, věda a medicína.* In Gilman, S. L., Xun Z. Příběh kouře člověk a kouření od úsvitu dějin až po současnost. Dybbuk. Praha. ISBN 80-86862-23-2
- Wenig, J. R., Erfurt, L., Kröger, C. B., Nowak, D. (2013). *Smoking cessation in groups: who benefits in the long term?* Health Education Research. Vol. 28 no.5; 869–878 doi:10.1093/her/cyt086

- Zatoński, W., Zatoński, M. (2015). *Cytisine versus Nicotin for Smoking Cessation*. The New England Journal of Medicine. 372;11 DOI: 10.1056/NEJMc1500342
- Žaloudník, J. (2013). *Kancerogenita tabákového kouře*. In Králíková, E. et al. *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. Kap. 4.2. Adamira, s.r.o. Břeclav. ISBN 978-80-904217-4-5